UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 47

FACULTÉ DE MÉDECINE

# DE LA LUXATION TRAPÉZO-MÉTACARPIENNE

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 11 Mai 1912**

PAR

**Georges DUPLESSIS DE POUZILHAC**

Né à Nimes, le 29 avril 1885

**Pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine**

Examinateurs de la Thèse { VIRES, Professeur, *Président.* / DUCAMP, Professeur / SOUBEYRAN, Agrégé / FLEIG, ch. des fonct. d'agr. } *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse, 28, Rue Dom-Vaissette

1912

# DE LA LUXATION

## TRAPÉZO-MÉTACARPIENNE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 47

# DE LA LUXATION TRAPÉZO-MÉTACARPIENNE

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 11 Mai 1912**

PAR

**Georges DUPLESSIS DE POUZILHAC**

Né à Nimes, le 29 avril 1885

**Pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine**

Examinateurs de la Thèse { VIRES, Professeur, *Président.* ; DUCAMP, Professeur ; SOUBEYRAN, Agrégé ; FLEIG, ch. des fonct. d'agr. } *Assesseurs*

ACAD. MONTPELLIER BIBL.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse, 28, Rue Dom-Vaissette

1912

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

## Administration

| | |
|---|---|
| MM. MAIRET (✲) | DOYEN. |
| SARDA | ASSESSEUR. |
| IZARD | SECRÉTAIRE |

## Professeurs

| | |
|---|---|
| Clinique médicale | MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér. |
| Clinique chirurgicale | TEDENAT (✲). |
| Clinique médicale | CARRIEU. |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses | MAIRET (✲). |
| Physique médicale | IMBERT. |
| Botanique et histoire naturelle médicales | GRANEL. |
| Clinique chirurgicale | FORGUE (✲). |
| Clinique ophtalmologique | TRUC (✲). |
| Chimie médicale | VILLE. |
| Physiologie | HEDON. |
| Histologie | VIALLETON. |
| Pathologie interne | DUCAMP. |
| Anatomie | GILIS (✲). |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | ESTOR. |
| Microbiologie | RODET. |
| Médecine légale et toxicologie | SARDA. |
| Clinique des maladies des enfants | BAUMEL. |
| Anatomie pathologique | BOSC. |
| Hygiène | BERTIN-SANS (H.) |
| Pathologie et thérapeutique générales | RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale. |
| Clinique obstétricale | VALLOIS. |
| Thérapeutique et matière médicale | VIRES. |

*Professeurs adjoints :* MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

*Doyen honoraire :* M. VIALLETON.

*Profes. honoraires :* MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲).

*Secrétaire honoraire :* M. GOT.

## Chargés de Cours complémentaires

| | |
|---|---|
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées | MM. VEDEL, agrégé. |
| Clinique annexe des maladies des vieillards | LEENHARDT, agrégé. |
| Pathologie externe | LAPEYRE, agr. lib. ch. de c. |
| Clinique gynécologique | DE ROUVILLE, prof.-adj. |
| Accouchements | PUECH, profes.-adjoint. |
| Clinique des maladies des voies urinaires | JEANBRAU, ag. lib. ch. de c. |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie | MOURET, profes.-adj. |
| Médecine opératoire | SOUBEYRAN, agrégé. |

## Agrégés en exercice

| | | |
|---|---|---|
| MM. GALAVIELLE. | MM. LEENHARDT. | MM. DELMAS (Paul). |
| VEDEL. | GAUSSEL. | MASSABUAU. |
| SOUBEYRAN. | RICHE. | EUZIERE. |
| GRYNFELTT (Ed.) | CABANNES. | LECERCLE. |
| LAGRIFFOUL. | DERRIEN. | FLEIG (ch. d. fonct.) |

## Examinateurs de la thèse :

| | |
|---|---|
| MM. VIRES, *Président.* | MM. SOUBEYRAN, *Agrégé.* |
| DUCAMP, *Professeur.* | FLEIG, *chargé des fonct. d'agr.* |

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE
DE MA SŒUR REGRETTÉE ET CHÉRIE

A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

G. DUPLESSIS DE POUZILHAC.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546002_0158

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

SOUBEYRAN ET FLEIG

G. DUPLESSIS DE POUZILHAC.

# AVANT-PROPOS

*Arrivé au terme de nos études médicales, il nous est un devoir bien doux à remplir, c'est celui d'adresser à tous ceux qui pendant ces quelques années nous ont entouré de leur affection et éclairé de leurs conseils, un bien sincère, un bien reconnaissant merci.*

*Merci à vous, chers parents, pour la plus tendre des sollicitudes que vous nous avez toujours témoignée ; vos noms, placés à la première page de cette thèse, y mettent comme un doux rayonnement et lui donnent à nos yeux sa plus grande valeur.*

*A tous nos maîtres de la Faculté de médecine de Montpellier nous offrons, en échange de leur enseignement si précieux, le modeste tribut de notre profonde gratitude.*

*M. le professeur Vires nous fait l'insigne honneur de présider notre thèse. Qu'il veuille bien accepter les remerciements de son élève, heureux de rendre hommage à son esprit hautement scientifique et de lui témoigner son admiration.*

*Que M. le professeur Ducamp soit assuré de nos sentiments de profond respect.*

*Nous tenons à adresser d'une façon toute spéciale à*

*M. le professeur agrégé Soubeyran nos remerciements pour les conseils qu'il nous a prodigués au cours de ce travail ; nous avons toujours trouvé auprès de lui l'accueil le plus bienveillant, nous y avons été très sensible et lui en restons fidèlement reconnaissant.*

*Que M. le professeur agrégé Fleig veuille bien croire que sa présence à notre thèse nous est tout particulièrement agréable.*

*De notre long séjour comme interne à l'hôpital de Nimes, nous gardons le meilleur souvenir des conseils cliniques donnés au chevet des malades par nos maîtres : MM. les docteurs Gauch, Gilis, Lasalle, Mazel, Fabre, Suquet, Delord et Reynaud ; qu'ils soient assurés de nos sentiments les meilleurs.*

*A tous nos amis, à tous ceux qui pendant ces quelques années d'études ont partagé nos émotions et nos joies, nous sommes heureux d'adresser un souvenir empreint de la plus franche, de la plus sincère amitié.*

DE

# LA LUXATION

## TRAPÉZO-MÉTACARPIENNE

---

### INTRODUCTION

La luxation trapézo-métacarpienne n'est pas un fait nouveau, et si l'on parcourt la littérature médicale, comme nous aurons l'occasion de le faire au cours de ce travail, on voit que bon nombre d'auteurs ont à maintes reprises envisagé la question.

Mais si la luxation trapézo-métacarpienne n'offre pas l'attrait de la nouveauté, elle n'en demeure pas moins un fait assez rare, et par le peu de fréquence dans la production de cette affection, et par le nombre assez restreint d'observations recueillies sur ce sujet ; aussi avons-nous pensé d'y consacrer notre thèse inaugurale.

Le but que nous nous proposons dans ce modeste travail est de grouper les travaux des auteurs qui se sont occupés de la question, de rendre à chacun la part qui lui revient pour l'étude et la description de cette affec-

tion, ce que nous essayerons dans l'historique. Nous chercherons ensuite à faire de la luxation trapézo-métacarpienne une étude aussi complète que possible, passant successivement en revue l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic et le traitement de cette affection.

Nous y ajouterons une nouvelle observation recueillie par M. le professeur Soubeyran ; qu'il nous soit permis d'exprimer ici toute notre gratitude pour la bienveillance qu'il nous a témoignée en attirant notre attention sur cette question et en mettant à notre disposition les renseignements qu'il a recueillis sur ce sujet.

PLAN

Introduction.

Chapitre premier. — Historique.

Chapitre II. — Articulation trapézo-métacarpienne.
*a*) Anatomie et rapports.
*b*) Physiologie.

Chapitre III. — Variétés. Etiologie. Mécanisme.

Chapitre IV. — Anatomie pathologique.

Chapitre V. — Symptomatologie. Complications.

Chapitre VI. — Diagnostic. Pronostic.

Chapitre VII. — Traitement.

Observations.

Conclusions.

# CHAPITRE PREMIER

## HISTORIQUE

Celse est le premier auteur qui se soit occupé des luxations trapézo-métacarpiennes. Après avoir parlé des luxations du poignet, il ajoute (Liv. VIII, § 18, édit. 1846 de Chaales des Etangs) :

« Les os qui constituent la paume de la main peuvent aussi se luxer en avant, en arrière, mais non latéralement, parce qu'ils sont disposés de manière à se faire mutuellement obstacle. »

Puis, c'est Paré qui, dans un chapitre sur la luxation des doigts, a eu en vue certainement la luxation du premier métacarpien sur le trapèze; il y consacre un paragraphe très court.

Laurent Verduc vient ensuite; il écrit, en 1684, que « les trois phalanges du pouce peuvent se luxer et sont quelquefois très faciles à remettre, quelquefois très difficiles » ; les anciens anatomistes ne comptaient, en

effet, que quatre os métacarpiens, ce qui attribuait trois phalanges au pouce.

Duvernez (1751) déclare que le pouce peut se luxer par ses deux extrémités.

Petit (1772) (Chap. X, p. 78) mentionne spécialement cette luxation : « Cette luxation est difficile à réduire et surtout à maintenir ; il y en a quatre espèces, celle en avant est la plus fréquente. »

Puis vient Manne en 1789 ; après avoir dit qu'il se ralliait à la façon de compter des modernes qui distinguent cinq métacarpiens, « le premier os du métacarpe, écrit-il, peut être luxé en avant, en arrière, en dehors et en dedans ».

Callisen (1800) insiste sur la fréquence de cette luxation et n'en parle guère que pour en montrer les dangers. « Cette luxation, dit-il, n'est point sans gravité, nous l'avons vu devenir funeste deux fois, et l'amputation du pouce ne put sauver les malades, bien que la réduction eût été faite dans les règles. »

Jusqu'à cette époque, comme on peut s'en rendre compte d'après le succinct historique qui précède, la plus grande confusion régnait à ce sujet. Il faut arriver à Boyer (1803) pour trouver une histoire nette et détaillée de la luxation trapézo-métacarpienne.

Boyer, en effet (tome IV, p. 265, 4e édition), décrit longuement la luxation ; il nous paraît utile de le citer :

« Le premier os du métacarpe, articulé seulement avec le trapèze et susceptible d'exécuter des mouvements de flexion, d'extension, d'abduction et d'adduction, peut éprouver des déplacements ; mais comme les efforts capables de les produire doivent nécessairement agir sur cet os et que ceux qui s'exercent sur le pouce causent plutôt la luxation de sa première phalange que celle

du métacarpe, il en résulte que les luxations de cet os sont extrêmement rares.

» Mobile dans quatre sens différents qui sont la flexion, l'extension, l'abduction et l'adduction, le premier os du métacarpe semblerait pouvoir se luxer, en arrière, en avant, en dehors et en dedans ; mais de ces quatre espèces de luxation, la première est sinon la seule possible, du moins la seule qui ait été observée.

» *La luxation en avant* ne pourrait avoir lieu que dans un renversement extrême de l'os en arrière, mouvement qui a rarement lieu et auquel s'opposent les muscles courts fléchisseurs et opposants du pouce, couchés sur la partie antérieure de l'articulation qu'ils affermissent également.

» *La luxation en dedans* ne pourrait arriver que dans un mouvement extrême d'abduction du premier os du métacarpe et ce mouvement est empêché par les muscles qui remplissent l'intervalle compris entre cet os et le second et par la résistance que le côté externe de ce dernier opposerait à l'extrémité supérieure du premier, si elle tendait à abandonner la surface articulaire du trapèze.

*La luxation en dehors* exigerait un mouvement d'adduction dont le premier os du métacarpe n'est pas susceptible, étant bientôt arrêté dans ce mouvement par la rencontre du second os de la même partie.

» *La luxation du premier os du métacarpe en arrière* ne peut être produite que par une force extérieure qui porte cet os subitement et avec violence du côté de la flexion ; c'est ordinairement dans une chute sur le bord interne de la main que cette luxation a lieu. Dans cette circonstance, l'extrémité supérieure de l'os porté en arrière avec force déchire le ligament capsulaire, soulève les tendons des muscles extenseurs du pouce et passe derrière le trapèze. »

Pour Boyer, en résumé, la luxation trapézo-métacarpienne seule existe, elle s'accompagne d'une déchirure capsulaire dorsale et la seule cause qui lui donne naissance est une cause indirecte, flexion exagérée du pouce.

Vidal de Cassis (*Traité de pathologie externe*, t. II, p. 341) reproduit exactement l'opinion de Boyer.

Astley-Cooper dit n'avoir vu que des luxations en avant. Il en cite un cas : le premier métacarpien était placé entre le trapèze et la tête du second métacarpien et faisait saillie dans la paume de la main; le pouce était incliné en arrière.

En 1855, Malgaigne, dans son traité des « luxations et fractures », parle des luxations carpo-métacarpiennes du pouce et leur consacre un chapitre important. Il traite tour à tour de la luxation incomplète en arrière et de la luxation complète; il admet comme cause l'inclinaison forcée de Boyer et en plus le coup direct sur l'extrémité antérieure et supérieure du métacarpe; puis viennent les noms de Foucher, Gérin-Rose, Gosselin-Salètes.

En 1864, Pellerin, dans sa thèse, estime que cette luxation est rare; en 1871, Polaillon dans le « Dictionnaire encyclopédique » met en doute les observations antérieure à Boyer. On doit toutefois reconnaître que, bien avant Boyer, Manne, J.-L. Petit, Du Vernez et Laurent Verduc ont parlé avec assez de netteté de la luxation carpo-métacarpienne du pouce.

Carayon, en 1872, consacre sa thèse à ce sujet, et constate que cette luxation est rare. Hamilton et Poinsot, 1884, dans leur traité des « luxations et fractures », consacrent à cette question un paraphe intéressant; Girard, 1885, en admet aussi dans sa thèse la rareté et la bénignité de cette luxation et relate les expériences faites sur le cada-

vre. Waton, en 1888, traite spécialement de la luxation trapézo-métacarpienne incomplète en arrière.

Enfin presque tous les chirurgiens du dernier siècle ont consacré un article à cette luxation. Nous pouvons citer MM. les professeurs Nélaton « éléments de pathologie chirurgicale » ; Le Dentu « dictionnaire de médecine et de chirurgie », et « traité de chirurgie »; Follin et Duplay « pathologie externe » ; Tillaux, « traité de chirurgie clinique ; Polaillon « dictionnaire encyclopédique ». Carette, en 1894, Chancel, en 1901, qui le premier signale l'existence des luxations en dehors, consacrent successivement leur thèse à cette question. Arnal, en 1905, apporte dans l'étude anatomo-pathologique de la luxation trapézo-métacarpienne des données nouvelles ; Dorny, en 1907, étudie spécialement la luxation trapézo-métacarpienne et la fracture de Bennet.

Tout dernièrement encore, dans le Bulletin de la Société de chirurgie de Paris, du 19 mars 1912, M. Jules Reynaud, professeur d'anatomie à l'Ecole navale de Toulon, présentait une forte intéressante observation de luxation trapézo-métacarpienne.

# CHAPITRE II

## ARTICULATION TRAPÉZO-MÉTACARPIENNE

### 1° *Anatomie.*

L'articulation trapézo-métacarpienne appartient au genre des articulations par emboîtement réciproque dont elle constitue le type le plus parfait. Deux os concourent à sa formation : le trapèze d'un côté, le premier métacarpien de l'autre.

Comme surface articulaire, nous avons : du côté du trapèze, une facette quadrilatère, située sur la face inférieure de cet os, regardant en bas, en dehors et un peu en avant ; elle est concave dans le sens transversal, convexe dans le sens antéro-postérieur. Du côté du premier métacarpien, une facette inversement configurée, convexe de dehors en dedans, concave d'avant en arrière ; ces deux facettes sont revêtues l'une et l'autre d'une couche de cartilage hyalin.

Le premier métacarpien et le trapèze sont maintenus en présence par une capsule et par des faisceaux de renforcement.

La *capsule* s'attache sur le pourtour des deux surfaces articulaires, plus épaissie en arrière qu'en avant (ainsi que le fait remarquer Testut), elle est remarquable par son ampleur et sa laxité, condition anatomique très favorable à la grande mobilité du pouce.

Les *faisceaux de renforcement* sont très peu accusés; avec le professeur Poirier nous dirons : *en dedans*, à peine quelques fibres de renforcement; *en dehors*, capsule très mince suppléée par le tendon du long abducteur du pouce ; *en avant*, quelques fibres, allant de la face antérieure du trapèze au tubercule médian de la face antérieure du métacarpien consolident la capsule (ce renforcement fibreux a été noté par Girard, dans ses expériences) ; *en arrière*, existe le seul véritable ligament de l'articulation, fort et long, il va du tubercule externe de la face postérieure trapézienne au tubercule médian de la face métacarpienne correspondante. Poirier l'appelle ligament postéro-externe.

Dans les mouvements d'opposition du pouce, ce ligament se tend et les limite.

L'articulation trapézo-métacarpienne possède une synoviale qui lui est propre ; cette synoviale est toujours lâche comme la capsule qu'elle tapisse.

Des vaisseaux et des nerfs complètent l'articulation ; les artères viennent de la radiale, les veines vont à la céphalique du pouce; les nerfs viennent de l'interosseux dorsal du premier espace (radial).

2° *Rapports.*

On peut, pour indiquer avec netteté les rapports que présente l'articulation trapézo-métacarpienne, lui reconnaître quatre faces : *antéro-interne*, *externe*, *postéro-interne*, *externe*.

La face antéro-interne est recouverte par les muscles de l'éminence thénar, plus particulièrement par l'opposant.

La face antéro-externe, très superficielle et très peu étendue, répond à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané.

La face postéro-interne répond :

*a*) A du tissu cellulaire graisseux.

*b*) A des faisceaux musculaires qui dépendent et du premier interosseux dorsal, et de cette portion de l'adducteur du pouce que Poirier et Henle ont isolé sous le nom de premier interosseux palmaire.

*c*) A l'artère radiale qui traverse l'extrémité supérieure du premier espace interosseux pour passer de la région dorsale à la région palmaire.

La face postéro-externe est en rapport avec les tendons du long abducteur, du long et du court extenseur du pouce ; c'est la région de la tabatière anatomique ; c'est à ce niveau que l'articulation trapézo-métacarpienne peut être abordée chirurgicalement.

3° *Physiologie.*

Le métacarpien du pouce présente à un degré remarquable cinq des mouvements fondamentaux des diar-

throses : l'adduction, l'abduction, l'extension, la flexion, l'opposition et la circumduction

Le pouce peut s'incliner vers la paume de la main, c'est le *mouvement de flexion ;* la flexion est assez limitée dans la trapézo-métacarpienne parce que l'apophyse du métacarpien rencontre vite l'apophyse antérieure du trapèze, mais le mouvement se continue dans la scapho-trapézienne et, poussé à fond, amène le pouce en opposition avec le cinquième doigt ; par le *mouvement d'extension*, le pouce se porte en arrière du côté de la face dorsale ; par le *mouvement d'adduction*, le premier métacarpien se rapproche de second et s'en éloigne par le *mouvement d'abduction.*

Ces quatre mouvements successivement produits dans un ordre régulier donnent le *mouvement de circumduction.* Il reste enfin le *mouvement d'opposition*, caractéristique de la main humaine, par lequel la pulpe du pouce peut arriver au contact de la pulpe des quatre autres doigts et qui naît de la combinaison de l'adduction et de la flexion.

# CHAPITRE III

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On comprend que l'autopsie ait rarement pu être faite pour une luxation comme celle-ci ; on en rencontre cependant deux cas dans la littérature médicale. Le premier est celui de Foucher (1866-1869), chez un malade mort dans le service de M. Bouillaud et dont la luxation datait de plus de vingt ans.

Le premier métacarpien répondait par son extrémité supérieure à la face dorsale du trapèze, il était incliné à angle droit sur cet os et soudé de telle manière que les légers mouvements dont jouissait le pouce se passaient dans l'articulation trapézo-trapézoïdienne et trapézo-scaphoïdienne. Les muscles de l'éminence thénar étaient devenus fibreux ; la première phalange du pouce était fléchie à angle droit.

Le second est celui rapporté par Gérin-Rose : Luxation datant de plusieurs années, complète, le bord anté-

rieur de l'extrémité supérieure du premier métacarpien répondant au bord postérieur de la surface articulaire correspondante du trapèze.

La capsule était intacte, épaissie en quelques points, offrant même à la partie interne un noyau cartilagineux, mais distendue de telle sorte qu'elle s'interposait entre les surfaces articulaires et s'opposait à la réduction complète.

Girard, dans sa thèse en 1885, a décrit avec le plus grand soin les lésions anatomo-pathologiques qu'une luxation pouvait déterminer dans l'articulation trapézo-métacarpienne, et cela à l'aide d'intéressantes expériences sur le cadavre.

Nous allons indiquer à quelles conclusions il a pu arriver.

Les lésions sont différentes suivant que les luxations sont incomplètes ou complètes.

Dans les *luxations incomplètes*, la saillie que forme l'extrémité métacarpienne laisse en dedans d'elle le tendon du long extenseur, tandis qu'elle soulève ceux du long abducteur et du court extenseur. L'artère radiale rejetée en dedans contourne l'os qui l'écarte et n'est séparée de lui que par la capsule. L'appareil ligamenteux de l'articulation est intact, et c'est là un point intéressant; quant à la position des deux os l'un par rapport à l'autre, le sommet de l'apophyse antérieure métacarpienne repose sur le versant antérieur trapézien.

Dans les *luxations complètes*, l'apophyse vient en contact avec la face postérieure du trapèze, mais elle remonte peu le long de cette face, ce qui s'explique facilement par ce fait que la capsule rompue en avant est restée intacte en arrière, arrêtant ainsi le métacarpien dont l'apophyse ne dépasse souvent pas la ligne d'insertion capsulaire;

l'éclatement capsulaire postérieur n'existe, d'après Girard, que lorsqu'il s'agit d'un traumatisme considérable non limité à l'articulation.

Telles sont les données apportées par Girard dans sa consciencieuse étude.

Watton, en 1888, a repris l'étude anatomo-pathologique de la luxation trapézo-métacarpienne, en s'aidant aussi d'expériences sur le cadavre ; il est arrivé aux mêmes conclusions que Girard.

Il a démontré que si on applique une force à l'extrémité inférieure du métacarpien et si on la dirige dans le sens de la flexion avec légère abduction, l'extrémité supérieure de l'os métacarpien est directement porté en arrière : un mouvement de glissement tend à se produire entre les deux surfaces articulaires du trapèze et du métacarpien, mouvement bien arrêté d'une part par la résistance capsulaire qui est considérable à la face dorsale, d'autre part par l'inclinaison très prononcée du plan antérieur du trapèze contre lequel vient se heurter le bec antérieur du métacarpien.

Si la force de flexion continue à agir, il en résulte une lutte entre la capsule et l'os métacarpien ; la capsule très résistante se distendra mais ne cèdera pas, il se produira toujours dans ces circonstances une fracture de l'os métacarpien à 0m.01 des surfaces articulaires, ou bien il y aura écrasement du trapèze, si ce dernier est friable.

Arnal, ayant vu par deux fois la luxation trapézo-métacarpienne traitée chirurgicalement, relate dans sa thèse (1905) et résume les lésions que présentaient ces deux cas de luxation.

Dans l'un, il s'agissait d'une luxation d'abord incomplète, qui secondairement s'était transformée en luxation complète ; à l'incision on trouva la capsule intacte en

avant comme en arrière ; l'articulation contenait une quantité assez notable de liquide ; le peu de lésions capsulaires observées semble explicable, par ce fait que la luxation était d'abord incomplète, petit à petit la capsule tiraillée permit probablement, sans pour cela s'arracher, le déplacement complet de l'extrémité carpienne.

Dans le second cas, qui fut d'emblée une luxation complète, les lésions sont toutes différentes de celles qu'a décrites Girard : on trouve en effet la capsule intacte en avant et latéralement, tandis qu'en arrière elle présente un aspect des plus intéressants ; quelques rares brides subsistent encore, restes de la capsule, tendus entre les bords postérieurs des deux os ; de plus l'extrémité métacarpienne remonte de 1 à 2 centimètres sur la face postérieure du trapèze. Ces données sont contraires aux données classiques : elles n'en demeurent pas moins intéressantes, aussi avons-nous cru utiles de les signaler. Toutefois, jusqu'à ce que de nouveaux faits viennent à l'appui de ces démonstrations, nous croyons qu'il est sage de se rapporter à la magistrale étude que Girard et Watton ont faite des lésions anatomo-pathologiques de la luxation trapézo-métacarpienne.

# CHAPITRE IV

## VARIÉTÉS. ETIOLOGIE. MÉCANISME

*Variétés.*

Théoriquement, le premier métacarpien peut se luxer en dedans, en dehors, en avant et en arrière. La luxation en avant est seule impossible, parce que le deuxième métacarpien empêche de ce côté tout déplacement ; en pratique, on n'observe guère que des luxations en arrière ; Astley Cooper prétendait que dans les cas qu'il avait observés le métacarpien formait toujours une saillie dans la paume de la main ; Vidal de Cassis a observé également (on le trouve relaté dans ses œuvres) un cas de luxation incomplète en avant ; mais depuis aucune observation de luxation en avant n'a été retrouvée; il est donc permis de croire que ce déplacement est exceptionnel, la masse des muscles de l'éminence thénar qui recouvre l'articulation ayant pour but de la fortifier

et de s'opposer au renversement extrême de l'os en avant. Les luxations en dehors sont rares, il faut arriver à Chancel pour les voir signalées. Il faudrait d'autre part, pour qu'elles se produisent, que le pouce fût porté en dedans. Or le second os du carpe arrête ce mouvement Donc les luxations trapézo-métacarpiennes sont presque toujours des luxations postérieures ; elles peuvent être complètes ou incomplètes, suivant que les surfaces articulaires perdent ou ne perdent pas leur contact ; les luxations incomplètes sont de beaucoup les plus fréquentes.

Nous pouvons donc dire qu'il n'y a en réalité que deux sortes de luxations trapézo-métacarpiennes :

*a*) La luxation en arrière incomplète.

*b*) La luxation en arrière complète.

*Etiologie. Mécanisme.*

Cette luxation est rare et toujours traumatique ; nous n'avons relevé que 38 cas dans toute la littérature médicale, en comptant l'observation inédite que nous présentons ; elle est inconnue dans l'enfance, l'âge adulte semble atteint de préférence; on la rencontre plus souvent chez l'homme que chez la femme ; la main droite est plus fréquemment lésée que la main gauche.

La profession a également son importance dans l'étiologie de cette affection ; la luxation s'observe assez souvent chez les gens qui se servent surtout de la partie thénarienne de la main pour frapper sur le burin : les sculpteurs par exemple.

Cette luxation peut être produite soit directement, soit indirectement.

1° Directement, par un choc portant sur l'extrémité supérieure et antérieure du métacarpien : chute la main ouverte sur un corps saillant et dur (Demarquay), sur le rebord d'une table (Michon), coup frappé avec l'éminence thénar sur le manche d'un ciseau (Pellerin). Le choc thénarien peut être dû soit à une chute dans laquelle la main porte sur cette région, soit à l'action d'un corps venant heurter la main à l'endroit incriminé.

2° Indirectement : dans ces cas-là le traumatisme porte toujours sur le pouce qui peut occuper deux positions : « Il peut se trouver en flexion et adduction forcée, comme dans une chute sur le bord externe de la main, le pouce étant dans la paume de la main (Boyer) ; en extension et abduction forcée : chute dans laquelle le pouce avait été fortement repoussé en arrière (Bourguet) ; main prise sous un tonneau qui avait porté sur le premier métacarpien.

Dans ces cas-là le mécanisme est celui du levier ; la puissance est représentée par la force qui agit pour produire la luxation, la résistance par les parties qui entourent l'articulation : capsule, tendons; le point d'appui par les surfaces osseuses s'emboîtant réciproquement.

# CHAPITRE V

## SYMPTOMES. COMPLICATIONS

Que la luxation soit complète ou incomplète, directe ou indirecte, ce sont des symptômes *subjectifs* et *objectifs* qui traduisent la lésion.

Le malade raconte habituellement qu'il a ressenti une vive douleur au niveau de la partie supérieure de l'éminence thénar et qu'il a perçu un craquement; ce craquement est un signe infidèle, souvent masqué par les troubles qui accompagnent l'accident; puis le malade accuse le plus souvent de l'impotence fonctionnelle de la main; les mouvements du pouce sont gênés, quelquefois même abolis; les mouvements actifs sont limités et douloureux, surtout l'extension. S'il tarde à se faire examiner, un gonflement léger dans certain cas, considérable dans d'autres, pourra survenir, rendant ainsi plus difficile l'examen de la partie atteinte; nous devons ajouter cependant qu'un gonflement exces-

sif est l'exception et que même le peu de gonflement au voisinage de l'articulation est un des meilleurs signes de la luxation trapézo-métacarpienne, ou du moins qu'il permet de rejeter dès l'abord la fracture extra-capsulaire qui siège d'ordinaire à 0,01 centimètre maximum au-dessous de l'article.

Ces réserves faites, nous pouvons procéder à la description symptomatique, en l'exposant successivement dans les luxations en arrière incomplètes et complètes.

1° *Luxation postérieure incomplète. — L'inspection* montre de suite une saillie au niveau de la partie inférieure de la tabatière anatomique, saillie généralement peu accentuée ; en exécutant cette manœuvre, on sent la tête du métacarpien se mouvoir comme une touche de piano, et on ne saurait mieux comparer cette luxation qu'à celle de l'extrémité interne de la clavicule ; d'après Tillaux, c'est là le signe pathognomonique de la luxation trapézo-carpienne ; le pouce et le métacarpien sont le plus souvent en flexion et adduction légères, on a la sensation que le premier métacarpien est devenu parallèle aux quatre autres ; du côté palmaire, il y a un léger aplatissement de l'éminence thénar, mais le moindre gonflement fait disparaître ce symptôme.

*La palpation* montre, au niveau de l'articulation, une douleur qui s'exaspère si l'on imprime des mouvements à la jointure ; la saillie est dure, manifestement osseuse et en continuité évidente avec le métacarpien ; si on presse sur elle fortement, elle disparaît et on perçoit un craquement rude, articulaire ; enlève-t-on le doigt ; elle reparaît aussitôt.

Les mouvements spontanés du métacarpien sont très pénibles et de ce fait presque nuls, les mouvements provoqués sont ou impossibles ou très faibles pour l'exten-

sion, plus nets, mais cependant assez limités pour la flexion, l'adduction, l'abduction et l'opposition.

2° *Luxation postérieure complète.* — Dans ce cas, le métacarpien est fléchi sur le carpe, et d'ordinaire le pouce l'est sur le métacarpien. La saillie osseuse est cette fois considérable (12 à 15 millimètres), déviée parfois en dedans entre le tendon du long extenseur du pouce et du long abducteur; l'aplatissement thénarien est des plus nets ; le doigt enfonce à ce niveau dans une cavité causée par la fuite du métacarpien.

Les mouvements sont les mêmes que dans la luxation incomplète, mais encore plus limités, et il est souvent difficile de faire disparaître la saillie osseuse par la simple pression digitale.

La mensuration accuse un raccourcissement de 1 à 2 centimètres. On peut accentuer ce raccourcissement en repoussant le métacarpien de bas en haut, ce qui constitue un signe pathognomonique de la luxation complète.

Dans la luxation en dehors, les signes sont les mêmes que dans la luxation postérieure; la saillie osseuse est en dehors, c'est la seule différence.

*Complications.* — La véritable complication de la luxation trapézo-métacarpienne est *la récidive* qui dans beaucoup de cas est difficile à éviter et constitue de ce fait un écueil véritable dans le traitement de cette affection.

*L'arthrite trapézo-métacarpienne avec ankylose* a été observée plusieurs fois, ainsi que *la fracture de l'extrémité carpienne.*

# CHAPITRE VI

## DIAGNOSTIC. PRONOSTIC

*Diagnostic.*

Pour établir le diagnostic de la luxation trapézo-métacarpienne, il faut remonter à la cause ; nous éliminerons de ce fait toutes les affections qui ne sont pas le résultat d'un traumatisme, de sorte qu'il ne nous restera plus qu'à distinguer cette luxation de la contusion, de l'entorse, de la fracture.

On se rappellera que dans la luxation du pouce en arrière ou dans la fracture de l'extrémité inférieure du radius, les lésions siègent bien loin de notre articulation. C'est au début seulement que la contusion et l'entorse pourront en imposer au chirurgien, car, aussitôt que le gonflement a disparu, on peut constater aisément dans la contusion et l'entorse qu'il n'y a point de déplacement, point de tumeur se continuant avec le métacarpien, en un

mot aucun signe caractéristique de la luxation. Un seul diagnostic présente de l'intérêt, c'est celui qu'on peut avoir à faire avec *la fracture de l'extrémité supérieure du premier métacarpien* (fracture de Bennet), surtout quand elle siège très près de cette extrémité. On évitera l'erreur si on se rappelle que dans la fracture le siège n'est pas exactement le même, les mouvements ne sont guère limités et il y en a d'anormaux, il y a peu ou point de déplacements, dans le cas où il existe une saillie elle est anguleuse, et située au-dessous de l'interligne articulaire, et enfin la mensuration de la distance qui sépare les articulations trapézo-métacarpiennes et métacarpo-phalangiennes indique un raccourcissement de l'os du côté atteint.

On peut quelquefois, en promenant le doigt sur la face postérieure du métacarpien, sentir des rugosités au point de fracture; de plus, en imprimant à la tête de l'os des mouvements d'avant en arrière, on constate une mobilité anormale et aussi de la crépitation qu'il ne faudra pas confondre avec le bruit que fait la tête du métacarpien au moment de la réduction.

On peut signaler également l'impotence fonctionnelle très marquée, la déformation, que l'on rencontre aussi dans la luxation, et la reproduction du déplacement dès qu'il est réduit; cette tendance à la récidive est beaucoup plus fréquente dans le cas de fracture, et cela se comprend aisément: l'obliquité du trait de fracture conduit en effet au glissement du fragment périphérique sur le fragment central et il n'y a pas de compensation par un os voisin (comme à l'avant-bras et à la jambe) pour faire office d'attellé. Il n'y a pas non plus la ressource d'un manchon fibro-musculaire, comme dans les fractures sous-périostées. L'imminence du déplacement n'est donc compensée par

aucune ressource efficace et elle est bien la conséquence de la fracture, plus que du déplacement articulaire.

La question est plus complexe lorsque la luxation se complique de fracture ; il faudra, dans ces cas-là, demander à l'épreuve radiographique de préciser de façon certaine tout diagnostic hésitant et incomplet.

Une fois le diagnostic de luxation posé, il restera à indiquer à quelle variété de luxation on a affaire : si elle est externe ou postérieure, complète ou incomplète, la saillie osseuse, de par sa situation et de par son volume, résoudra facilement la question.

*Pronostic.*

Le pronostic est en général favorable, la réduction de la luxation est d'ordinaire des plus faciles, même longtemps après l'accident, et c'est seulement dans le cas de lésions très anciennes ou très complexes qu'elle a pu échouer.

D'ailleurs, même lorsque la réduction n'est pas faite, le malade arrive souvent à récupérer la plus grande partie des mouvements.

Mais la luxation se reproduit souvent avec une très grande facilité et exige donc, après sa réduction, des soins très attentifs.

# CHAPITRE VII

## TRAITEMENT

Le traitement de la luxation trapézo-métacarpienne devra répondre à deux indications : 1° réduire la luxation ; 2° la maintenir une fois réduite.

### Réduction.

La réduction de cette luxation est facile dans la plus grande majorité des cas. Elle s'obtient par une simple pression de haut en bas et d'arrière en avant sur l'extrémité du métacarpien qui fait saillie ; dans les cas rares (luxations complètes principalement) où cette pression seule ne suffirait pas, on pourra exercer, ou faire exercer par un aide une tension sur le pouce.

Nous ne croyons pas qu'il soit jamais nécessaire d'employer la pince à réduction dont parle Carayon, ni le moyen énergique de Malgaigne qui n'aurait pas hésité à

pousser le métacarpien avec un poinçon implanté sur la surface articulaire.

**Maintien de la réduction.**

Le maintien de la réduction est la partie la plus difficile du traitement, aussi les moyens employés pour arriver à ce résultat sont multiples. On peut les classer en deux catégories : 1° *moyens à action directe ;* 2° *moyens à action indirecte.*

Les moyens à action directe agissent en exerçant une pression au niveau de la face postéro-externe de l'extrémité métacarpienne.

Les moyens à action indirecte agissent en maintenant le pouce dans une attitude spéciale. C'est ainsi que Jarjavay traita quelques blessés par l'extension forcée du pouce et du métacarpien sur l'avant-bras. Tillaux en maintenant le pouce en abduction.

Les méthodes agissant directement sont de beaucoup les plus nombreuses.

Duvernez, J.-L. Petit et Manne employaient le traitement suivant : ils plaçaient deux petites compresses longuettes croisées au niveau de l'extrémité supérieure du métacarpien, qu'ils maintenaient au moyen d'un spica dont les croisés portaient au même endroit.

Boyer, Malgaigne et Nélaton mettaient sur la partie postérieure du métacarpien une compresse longuette sur laquelle ils plaçaient une attelle en bois et fixaient le tout par quelques tours de bande.

Bérard se servait d'une compresse pliée en plusieurs doubles, maintenue par un appareil dextriné qui fixait le pouce dans une position moyenne.

On emploie maintenant de préférence un appareil plâtré, ainsi que le conseillent Blum dans sa Chirurgie de la main, et Cahier dans le Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet.

Cet appareil revêt la forme d'une petite gouttière plâtrée embrassant soit la moitié externe de la main et du poignet, soit le dos de la main en respectant en grande partie la face palmaire ; il s'arrête en haut à 7 ou 8 centimètres au-dessus de la styloïde radiale, en bas à la naissance des phalanges des doigts du milieu ; le pouce y est presque entièrement contenu, il est dans la rectitude et dans une position intermédiaire à l'adduction et à l'abduction.

La réduction sera pratiquée avant la pose de l'appareil et pendant la pose on aura soin de faire maintenir par un aide une traction sur le pouce ; on exercera ensuite, et ce jusqu'à dessiccation complète, une pression sur l'extrémité supérieure du métacarpien. On peut aussi placer en contact avec l'os un petit morceau de liège ou de coton, qui recouvert par l'appareil maintiendra la coaptation des surfaces.

Ce plâtre sera laissé pendant une quinzaine de jours, quelques séances de mobilisation et de massage suivront sa dispartion.

Si l'appareil plâtré est mal supporté et détermine de la douleur, on peut le remplacer par un enveloppement ouaté du pouce, maintenu par quelques tours de bande assez serrée de crêpe Velpeau (Obs. I).

Dans bon nombre de cas, la réduction de la luxation se maintient très bien, l'appareil une fois enlevé ; elle peut cependant ne pas se maintenir, comme cela a été observé plusieurs fois, même après l'application de plusieurs appareils, surtout lorsqu'il s'agit de luxations complètes

(Obs. Thèse Arnal, 1905). C'est alors que doit se poser la question du maintien de la réduction par des procédés sanglants : capsulorraphie, suture osseuse.

M. Reynaud, étant donné la forme en selle de l'articulation trapézo-métacarpienne et surtout la nécessité de ménager les mouvements du pouce, s'oppose à l'emploi de l'arthrodèse et à la recherche de l'ankylose.

M. Reynaud conseillerait volontiers de recourir à quelque appareil orthopédique en cuir moulé ou en celluloïde pouvant être dissimulé par un gant.

M. Aglave, en présence d'une luxation de ce genre récidivante, avait pensé à une capsulorraphie.

M. René Lemaire a réalisé pratiquement ce maintien de la réduction à l'aide de procédés sanglants, chez deux malades présentant une luxation trapézo-métacarpienne récidivante, et dont les observations sont relatées dans la thèse d'Arnal, 1905 (citée) ; nous les reproduisons à la fin de ce travail : les résultats obtenus ont, paraît-il, été excellents.

Il est à peu près certain que si l'on a recours à des procédés sanglants : capsulorraphie seulement ou capsulorraphie accompagnée de suture osseuse au fil d'argent, il y a limitation des mouvements du pouce, surtout dans le sens de l'opposition. Reste à savoir si cette limitation consécutive à une intervention sanglante est plus ou moins grande à la limitation des mouvements du pouce résultant d'une non-réduction établie de l'articulation.

En somme il n'y a pas dans le traitement de la luxation trapézo-métacarpienne de règles immuables ; et nous pensons que ce traitement doit être subordonné surtout à la variété clinique de la luxation.

S'agit-il d'une luxation trapézo-métacarpienne incomplète, à réduction facile et n'ayant pas tendance à se

reproduire, l'application d'un appareil plâtré ou de tout autre appareil de contention doit suffire à réaliser le maintien de la réduction et aboutir à la guérison complète dans la majorité des cas.

S'agit-il au contraire d'une luxation complète, récidivant facilement après la réduction, nous croyons que dans ces cas c'est au traitement chirurgical qu'il faut s'adresser.

# OBSERVATIONS

Les observations recueillies jusqu'à ce jour sur la luxation trapézo-métacarpienne sont au nombre de 38.

Nous les diviserons en :

*A.* — Luxation incomplètes en arrière, par cause directe ou indirecte.

*B.* — Luxations complètes en arrière, par cause directe ou indirecte.

## A. — Luxations trapézo-métacarpiennes incomplètes en arrière.

### Observation I

(Inédite. — Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Soubeyran)

Le jeudi 12 octobre 1911, le docteur V..., oculiste, fut victime vers 10 heures du matin d'un accident survenu dans les conditions suivantes : « En voulant passer entre

une table et un fauteuil placé tout près de la table, il broncha au pied du fauteuil et comme il allait assez vite il fut projeté en avant et se laissa tomber.

Ce fut la main droite qui reçut le choc ; elle ne présenta cependant qu'une égratignure insignifiante au niveau de la face dorsale des doigts, mais en voulant se retenir avec la main gauche il se contusionna le pouce et le 1er métacarpien. Le docteur V... n'a ressenti aucune douleur, aucune sensation de déchirement, aucun craquement, et seul l'engourdissement du pouce gauche attira son attention de ce côté.

A l'examen, nous constatons au-dessus de l'interligne articulaire trapézo-métacarpien gauche l'existence d'une saillie osseuse en continuité directe avec le premier métacarpien ; dès qu'on appuie sur cette saillie elle disparaît très facilement, mais réapparaît avec autant de facilité dès que la pression cesse de s'exercer à son niveau, et cela sans déterminer à vrai dire de la douleur ; nous constatons de plus un léger raccourcissement du pouce gauche (2 centim.).

Les symptômes subjectifs sont assez marqués ; la douleur est insignifiante, mais l'impotence fonctionnelle est très nette, surtout dans les mouvements d'opposition du pouce aux autres doigts. Ces mouvements sont non seulement limités, mais effectués sans force, et le docteur V... nous raconte que lorsqu'il veut se servir d'une pince il éprouve de la gêne, ainsi qu'une réelle difficulté d'en serrer les mors, la saillie osseuse ayant une tendance à réapparaître au moindre effort de sa part, ce qui donna au docteur V... l'idée d'entourer le pouce d'une bande assez serrée et formant un croisé. Grâce à ce simple appareil de contention il remarque qu'il a plus de force, que la luxation se reproduit moins facilement, et il a pu

Luxation trapézo-métacarpienne : Main gauche (face dorsale).

(Cas inédit. — Dessin de M. Renaudie, d'après la radiographie.)

de ce fait opérer une cataracte demi-heure après l'accident. En présence de ces symptômes objectifs et subjectifs nous posons le diagnostic de luxation trapézo-métacarpienne incomplète en arrière.

La radiographie (dont nous donnons une reproduction exacte), faite après l'accident, confirme notre opinion.

M. le docteur Soubeyran applique un petit appareil plâtré sur le pouce, placé en abduction forcée, après avoir eu soin de mettre un tampon de coton sur la face dorsale, au niveau de la tête du métacarpien, pour la refouler en avant.

Cet appareil est assez bien supporté au début, mais le Dr V... accuse une anesthésie très marquée de l'extrémité interne de la pulpe du pouce gauche ; sensation très douloureuse qui l'oblige à sectionner lui-même le plâtré à sa partie interne afin de permettre au pouce de revenir un peu en adduction, ce qui amène un grand soulagement. Nous enlevons le plâtré trois jours après et constatons qu'il existe à la partie interne de la racine du pouce un commencement d'escarre de la peau peu étendu ; le Dr Soubeyran remplace le plâtré par une épaisse couche de coton (plus épaisse au niveau du métacarpien) maintenue fortement serrée par une bande de crêpe Velpeau. Sous l'influence de ce pansement compressif, la luxation reste bien réduite ; quant à l'anesthésie de la partie interne de la pulpe du pouce gauche, elle est toujours à peu près absolue.

15 ou 16 jours après l'accident, alors que la luxation ne s'était plus reproduite, le Dr P. Bosc commence à faire quelques séances de massage ; on fut bientôt obligé de les interrompre, car le Dr V..., en mobilisant son pouce, sentit la luxation se reproduire à nouveau : le même appareil de compression (couche épaisse de coton et

bande serrée de crêpe Velpeau) est appliqué au niveau du pouce et n'est plus quittée jusqu'au 15 novembre. Les mouvements du pouce reviennent lentement ; il y a toujours un peu de gêne et de douleur dans les mouvements de l'articulation trapézo-métacarpienne ; mais ce dont se plaint surtout le Dr V..., c'est de la persistance de l'anesthésie au niveau du pouce même après la chute de l'escarre, ce qui nécessite un traitement électrique (30 séances, de 10 min. chacune, courants continus d'une intensité de 12 à 15 milliampères) ; sous l'influence du traitement une amélioration notable s'est produite de ce côté-là. A l'heure actuelle, le Dr V... se considère comme complètement guéri ; il peut, sans difficulté, se servir de sa main comme par le passé pour l'exercice de sa profession.

## Observation II

(Boyer. — Chirurgie, 1814, t. IV, p. 269)

Mme de P... se luxa le premier os du métacarpien gauche en arrière en tombant sur le bord externe de la main. La luxation fut méconnue, on se contenta de combattre les accidents qui se dissipèrent, mais il resta de la difformité au côté externe du carpe et les mouvements du pouce étaient très gênés, surtout celui de l'extension. L'extrémité supérieure du premier métacarpien formait en arrière une saillie remarquable, cet os et le pouce étaient inclinés vers la paume de la main ; en pressant avec le pouce sur la saillie formée par l'extrémité supé-

rieure de l'os on faisait rentrer cette extrémité dans sa place naturelle et la saillie disparaissait ; sitôt que l'on cessait la pression, l'os se déplaçait de nouveau et les mouvements du pouce redevenaient presque impossibles.

Mme de P..., du reste peu incommodée par cette maladie, ne voulut point employer un procédé mécanique propre à comprimer l'extrémité supérieure de l'os et à le maintenir dans sa place naturelle.

## Observation III

(Malgaigne. — *Revue médico-chirurgicale*, 1848, t. IV, p. 119)

Le nommé P..., âgé de 20 ans, était tombé de sa hauteur sur la main droite fortement étendue et au même moment il avait ressenti une douleur très vive au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne; la douleur ne diminuant pas et les mouvements du pouce s'en trouvant fort gênés, le malade décide de se faire examiner. La main ne portant aucune trace de contusion, il y avait un peu de tuméfaction, pas de déformation bien sensible à la vue, il n'y avait pas de déviation, ni flexion forcée, ni extension, mais on sentait au toucher une légère saillie en arrière au niveau de l'articulation du métacarpien avec le trapèze. Lorsqu'on communiquait à cette articulation des mouvements d'arrière en avant, on augmentait notablement cette saillie qui était formée par l'extrémité articulaire du premier métacarpien; tous les autres mouvements étaient impuissants à faire sortir la tête de l'os de sa position normale.

Au total la luxation était essentiellement incomplète et aucun mouvement ne faisait sortir l'os en entier de ses rapports avec le trapèze. Quand on abandonnait le pouce à lui-même, la saillie diminuait sans disparaître en entier, mais la moindre pression obtenait une réduction complète qui ne persistait toutefois qu'autant que la pression était maintenue.

On appliqua sur la face dorsale du pouce le long du bord radial de l'avant-bras une attelle qui, au moyen d'un petit tampon de linge, appuyait sur l'extrémité luxée de l'os métacarpien et on maintint cet appareil pendant 20 à 25 jours. Au bout de ce temps le pouce fut abondonné à lui-même. Il n'avait perdu aucun de ses mouvements et la luxation ne se reproduisit pas.

### Observation IV

(Rapportée par Bérard à la Société de chirurgie de Paris. *Gazette des hôpitaux*, 1845, p. 241.)

Un homme, à la suite d'un coup de poing donné, a présenté une luxation du premier métacarpien en arrière. On réduisait la luxation et elle se reproduisait avec la plus grande facilité.

Lorsque, l'extrémité du métacarpien étant déplacée, on venait à fléchir fortement le pouce, les tendons de la face dorsale pressant sur l'os le réduisaient. On plaça sur l'articulation en arrière une compresse pliée en plusieurs doubles et on appliqua un bandage dextriné sur le doigt tenu en position moyenne.

Au bout de quelques jours, il sortit de l'hôpital guéri.

### Observation V

(Michon. — *Gazette des hôpitaux*, 1848.)

Michon raconte à la Société de chirurgie de Paris un cas observé sur un élève du collège Louis-le-Grand. Ce jeune homme avait fait une chute et la partie antérieure du premier métacarpien avait porté sur le rebord d'une table.

Il n'y avait pas de gonflement.

Le trapèze formait une saillie semblable à un kyste. On trouvait très aisément la dépression articulaire et le relief du métacarpien qui était ici porté en dedans du rebord cubital.

Le pouce conservait une rectitude parfaite, la réduction fut très facile.

Aujourd'hui le malade est bien et il peut se servir de son pouce.

### Observation VI

(Michon. — *Bull. Soc. de chir.*, 1848, t. I, p. 2.)

Un garçon boulanger eut la main prise sous un tonneau, le premier métacarpien supporta tout le choc. Lorsque le malade se présenta à la consultation le lendemain de l'accident, M. Michon ne trouva pas les signes caractéristiques indiqués par les auteurs. Le

pouce, au lieu d'être incliné et fléchi, était droit. Il existait une tumeur au-dessus du trapèze, et comme il n'y avait pas encore de gonflement, on sentait très bien la surface articulaire du métacarpien. On percevait aussi un bruit de frottement qui aurait pu en imposer pour une crépitation de fracture. On constata un raccourcissement de 1 centimètre. La réduction fut très facile, mais les parties n'ayant pas été convenablement maintenues, la luxation se reproduisit. Une nouvelle réduction fut faite et cette fois elle fut définitive par l'emploi de l'appareil généralement employé (attelles et bandelettes).

## Observation VII

(Demarquay. — *Bull. Soc. de chir.*, 1851, t. II, p. 110.)

Un homme de 60 ans, tapissier, cherchait à ramener les deux extrémités d'un corps faible en contact l'une de l'autre. Dans cet effort, la main gauche glissa et l'éminence thénar de cette main vint violemment frapper contre un corps dur et résistant. Le choc fut violent, cet homme ressentit une vive douleur et s'aperçut bientôt d'une déformation de la main.

Pendant six semaines environ il se borna à appliquer des compresses résolutives sur la partie malade. Je le vis avec le docteur Roussel 50 jours après son accident. Voici l'état des parties malades : La main a perdu sa forme normale, le métacarpien n'est plus dans l'axe du radius, il est obliquement dirigé en haut et en dedans.

La partie déplacée repose sur l'articulation du trapézoïde et du second métacarpien, une faible partie de la surface articulaire est encore en rapport avec le trapèze ; on sent, en posant le doigt sur le carpe, l'extrémité inférieure du métacarpien.

A l'origine de l'éminence thénar qui se trouve aplatie et déformée, on sent la capsule formée par la surface articulaire du trapèze. Les mouvements sont douloureux, la flexion existe encore à un faible degré, l'extension est impossible ; les muscles formant l'éminence thénar sont atrophiés si on les compare à ceux du côté opposé. L'extension du métacarpien est faite avec la pince à réduction.

Combinée avec le refoulement de l'extrémité terminale du premier métacarpien en dehors, elle a facilement triomphé de cette luxation.

## Observation VIII

(Pellerin. — Thèse citée, 1864)

Claude M..., 25 ans, ciseleur, entre le 26 mars 1863, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Lazare, service de M. Jarjavay.

Le 3 mars, cet homme a frappé le manche de son ciseau avec la face palmaire de la main droite au niveau de l'extrémité supérieure du premier métacarpien. Au moment où l'accident s'est produit, ce malade a senti un petit craquement et une douleur assez forte pour l'empê-

cher de travailler jusqu'à son entrée à l'hôpital. Il a cependant pu venir avec la main blessée.

A son entrée, 22 jours après l'accident, point de gonflement, le malade nous affirme qu'il a disparu depuis quelques jours seulement, du reste, ajoute-t-il, il était peu considérable.

Le premier métacarpien ainsi que les phalanges du pouce sont fléchis dans la paume de la main, les mouvements actifs sont très limités et douloureux, surtout ceux d'extension, il en est de même des mouvements communiqués. Dans la tabatière anatomique on trouve une tumeur dure se continuant avec le premier métacarpien. Cette saillie disparaît sous la pression du doigt, en faisant entendre un léger bruit, en même temps le pouce entier exécute un mouvement d'arrière en avant. Il y a aussi un peu de douleur. Dès que la pression cesse le luxation se reproduit. On essaye de la maintenir réduite en mettant le premier métacarpien dans l'extension forcée sur l'avant-bras, avec des bandelettes de diachylon passées sur la face palmaire du pouce, repliées sur l'avant-bras et maintenues par des circulaires autour du poignet, mais la luxation ne peut être maintenue qu'au moyen d'une boulette de charpie pressant sur l'extrémité luxée. Dix jours après, le malade revient à la consultation ; la réduction se maintient sans le moindre changement, les mouvements sont peu gênés et la force est revenue.

### Observation IX

(Pellerin. — Thèse citée, 1864)

Mathieu D..., 36 ans, a fait une chute sur la face dorsale de l'extrémité antérieure du premier métacarpien droit. En tombant il n'a pas entendu de craquement, mais il a ressenti une vive douleur au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne et n'a pu travailler. A l'examen on constate que la région est déformée, le pouce tombe dans la paume de la main, les mouvements actifs impossibles, les communiqués très douloureux. Il n'y a pas de gonflement, aussi peut-on apercevoir une tumeur dure, saillante, que la pression fait disparaître en chassant en avant le pouce pour reparaître aussitôt le doigt retiré. La réduction est faite et maintenue par l'appareil ordinaire.

### Observation X

(Pellerin. — Thèse citée, 1864)

Le nommé Léopold R..., âgé de 33 ans, peintre en bâtiments, entre le 11 janvier 1864 à l'hôpital St-Antoine, service de M. Jarjavay. Il raconte que le 2 janvier, voulant décharger une caisse du poids de 35 kilogs placée sur d'autres, il appuie la paume de la main gauche sur le plan résistant situé au-dessous, dans le but de modérer sa

descente trop rapide, tout en imprimant des mouvements de la main droite.

Cette caisse glisse et vient frapper la partie antérieure de la première phalange et du premier métacarpien du pouce, qui se trouve ainsi porté en bas et en arrière par rapport à la position du bras élevé en haut.

Au moment de l'accident le malade n'a pas ressenti de craquement ni de douleur assez vive pour l'empêcher de continuer son travail. Ce n'est que 4 heures après qu'il remarque une tuméfaction notable du poignet et de la main ; en même temps il lui est impossible de remuer le pouce. Cette inflammation diminue peu à peu et nous n'en trouvons plus le 11 janvier quand il vient à l'hôpital. Le pouce est dans l'extension ; tumeur au niveau de la tête du métacarpien qui disparaît par la pression, mais qui se reproduit aussitôt qu'elle cesse. Lorsqu'on réduit on entend un petit craquement en même temps que le pouce est repoussé en avant, on réduit et on maintient par des bandelettes de diachylon. Au bout de 15 jours la guérison est parfaite.

### Observation XI

(Pellerin. — Thèse citée, 1864. Service de M. Jarjavay)

Jules L..., 32 ans, forgeron, entre le 23 mai 1864, à l'hôpital Saint-Antoine.

Le malade nous raconte, qu'il y a huit ans, il a eu une première luxation au même point. Depuis cette époque, il a toujours ressenti de la gêne dans les mouvements du

pouce. Cette luxation paraît s'être produite par récidive. Voici du reste ce qu'il raconte :

18 mai. — Il forgeait avec un marteau assez gros ; un coup a porté à faux et l'extrémité du manche a appuyé sur la tête du premier métacarpien et l'a chassé en arrière.

Au moment où l'accident est arrivé, il a entendu un petit craquement et a ressenti une douleur assez forte pour l'empêcher de travailler.

Le 23. — Il entre à l'hôpital. Nous trouvons un peu de gonflement ; le pouce est fléchi dans la paume de la main, tout espèce de mouvement actif est impossible ; les mouvements passifs sont douloureux ; saillie considérable à l'extrémité supérieure du premier os du métacarpe. En appuyant sur cette tumeur, qui se continue avec le premier métacarpien, on produit la fugation avec impulsion en avant du pouce.

Réduction. — On place le premier métacarpien dans l'extension forcée sur l'avant-bras.

Le 27. — On établit une compression directe sur la tête du métacarpien avec des bandelettes circulaires de diachylon.

6 juin. — L'appareil est enlevé, la luxation est réduite et se maintient bien.

## Observation XII

(Pellerin. — Thèse citée, 1864)

Le 12 janvier 1864, entre à l'hôpital Saint-Antoine le nommé François C..., âgé de 38 ans, tapissier.

Le 15 novembre dernier, dans un accès de colère, saisissant un chandelier de la main droite, il tourne la bobèche en bas et le frappe violemment sur la table. La bougie était restée, elle fit remonter le bouton qui repoussa directement en haut l'extrémité supérieure du premier métacarpien. Au moment, il n'a pas entendu de craquement, mais immédiatement il ressentit une douleur vive. Au bout de quelques heures, inflammation considérable étendue à tout le poignet.

La douleur et le gonflement ont promptement disparus; mais les mouvements du doigt sont gênés et surtout la force diminuée. Au moment de son entrée, pas de gonflement, le pouce droit est gêné dans les mouvements qui tous sont accompagnés de craquement. La saillie que fait la tête du métacarpien est peu considérable. Le malade réduit lui-même la luxation, mais au moindre mouvement elle se reproduit. La déformation est peu appréciable. En pressant sur l'extrémité de cet os ou en imprimant un mouvement de bascule, le malade perçoit une sensation de craquement. On réduit et on maintient par des bandelettes de diachylon, qui sont maintenues elles-mêmes par des circulaires autour du poignet. Trois jours après on enlève l'appareil, tout est en bon état. Le 28, l'appareil est définitivement enlevé, le pouce est dans une position normale et rien n'annonce que la luxation se reproduira.

Les mouvements et la force sont revenus.

## Observation XIII

(Gosselin.— Cliniques, 12 mars 1870)

Un jeune homme de 26 ans fait une chute sur une balle de drap ; c'est la face dorsale du premier métacarpien fléchi qui supporte le poids du corps. Ayant éprouvé une vive douleur et ne pouvant se servir de son doigt, il consulta un médecin qui exerça, dit-il, des tractions et lui mit un tampon de diachylon maintenu par un bandage. Cependant ce jeune homme continua à travailler avec ses quatre doigts et retira six jours après l'appareil qui lui avait été appliqué.

Ce n'est qu'au bout de 40 jours que, ne voyant aucune amélioration à son état, il se décida à venir à la Charité. M. Gosselin, comparant les deux régions dorsales trapézo-métacarpiennes, trouva à droite une légère saillie au niveau de la tête du métacarpien, puis au-dessus une dépression. Ces deux symptômes joints à un léger gonflement des parties molles indiquaient un déplacement incomplet du métacarpien sur le trapèze, mais en raison de l'ancienneté de la luxation il manquait le phénomène pathognomonique de cette lésion : la facilité de réduction de la tête du métacarpien.

## Observation XIV

(Albert René. — *Gazette des hôpitaux*, 1882, p. 580)

Le nommé B.... 28 ans, clairon des pompiers de la caserne S.-A., étant à la manœuvre sur les bords de la

Moselle et voyant un seau d'eau tomber à l'eau, s'élança pour le saisir. Il glissa sur le talus humide, les bras étendus en arrière pour se retenir. Le poids de son corps porta pour la plus grande partie sur le pouce de la main droite étendu en arrière.

B... ressentit immédiatement une douleur très vive au niveau du métacarpien et y constata une saillie dure assez prononcée sur la face dorsale. La douleur était vive et les mouvements du pouce douloureux et limités. La saillie osseuse était manifeste au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne. La dépression palmaire était moins appréciable à l'œil et quand on voulut la percevoir par la palpation, on déterminait une vive douleur. Mais sur la face dorsale, à la seule inspection, on reconnaissait la saillie formée par le petit crochet de la tête supérieure du métacarpien.

A la palpation on sentait une dépression à l'extrémité du crochet. La moitié de la surface articulaire était déplacée, portée en arrière et un peu en dedans. Le pouce était très légèrement fléchi, les phalanges et le métacarpien ayant la même direction. Le pouce restait immobile dans cette position.

Il s'agissait d'une luxation incomplète en arrière. Le chirurgien pressa très fortement de haut en bas avec le pouce sur la saillie osseuse dorsale en tirant sur le métacarpien. La réduction se fit immédiatement, un craquement fut perçu. La main fut immobilisée sur une planchette et aussitôt après la réduction le malade ne ressentit plus de douleur à ce niveau. Au contraire, l'extrémité inférieure du métacarpien resta sensible encore pendant plusieurs jours.

Le huitième jour de l'accident, malgré les recomandations du chirurgien, le malade se sentant guéri enle-

vait son appareil et aidait le même jour à charger des sacs de pommes de terre sans ressentir aucune douleur. Depuis cette époque la guérison s'est maintenue.

### Observation XV

(Hamilton. — Traité des fractures et des luxations, 1884)

P... G..., 16 ans, eut le métacarpien du pouce luxé incomplètement en arrière, par un coup qu'il reçut à la face postérieure de l'extrémité digitale de cet os. Deux médecins qu'il consulta le jour même de l'accident et sept jours après, ne purent reconnaître le déplacement. Le troisième jour il me consulta.

Après avoir fait prendre la photographie, j'endormis le blessé et opérai facilement la réduction que je maintins à l'aide d'une attelle de gutta-percha soigneusement matelassée et embrassant une partie de l'avant-bras.

Dans un dernier examen, que je fis au bout de 6 à 8 mois, je constatai que les mouvements de l'articulation carpo-métacarpienne étaient presque aussi libres qu'avant mais le métacarpien continuait à faire une légère saillie.

### Observation XVI

(Hamilton. — Traité des fractures et des luxations, 1884)

Charles F..., à l'âge de 27 ans, se luxa incomplète-

ment le premier métacarpien en arrière, en donnant un coup de poing.

Il ne vit pas de chirurgien, et, bien que l'os continuât à faire une légère saillie, et que l'articulation fût assez lâche pour que le blessé pût réduire seul le déplacement, la gêne qui en résultait était minime ; au bout d'un certain temps les mouvements étaient aussi libres que de l'autre côté. Un mois environ avant de me consulter, vingt-cinq ans après le premier accident, le malade se tordit encore le pouce. Il était alors employé en qualité de machiniste et avait 53 ans. A ce moment-là, la luxation était complète et le chevauchement mesurait six millimètres : le pouce était à peu près droit et son axe presque parallèle à celui des os de l'avant-bras, peut-être avec un léger degré de flexion.

Je réduisis facilement le déplacement à l'aide d'une extension modérée et appliquai une attelle en gutta-percha. Je n'ai pas revu le malade depuis et ne sais rien du résultat.

### Observation XVII

(A. Girard. — Thèse citée)

Joseph P..., 26 ans, tanneur, avait été blessé par l'instrument appelé toupie, qui lui avait fait une plaie du pouce intéressant l'articulation métacarpo-phalangienne.

Il était entré à l'hôpital pour un phlegmon de la main et une arthrite consécutive à cette blessure. Il fut soigné pour ces accidents dans le service de M. Perrier.

Nous observons P. après la guérison de ces accidents, tandis qu'il venait voir un malade. Le pouce de la main gauche présente une légère cicatrice sur son bord interne et au niveau du métacarpien. Ankylose complète dans la rectitude de l'articulation métacarpo-phalangienne. Pseudarthrose à la partie moyenne du premier métacarpien. L'extrémité supérieure de ce dernier fait une saillie notable en arrière du trapèze ; on reconnaît la forme de la tête osseuse, au-dessus de laquelle on sent une dépression. En avant, on trouve une légère dépression de l'éminence thénar ; les mouvements sont en partie retrouvés, ils se passent pour la plupart dans la pseudarthrose.

Le pouce est obliquement dirigé de haut en bas et de dehors en dedans, sa face palmaire regardant celle des autres doigts, les phalanges étendues sur le premier métacarpien. En imprimant au pouce des mouvements de rotation autour de son axe, on ne communique pas d'abord ces mouvements à la tête du métacarpien ; mais si on saisit entre les doigts l'extrémité inférieure du fragment supérieur de l'os, et si on recommence la manœuvre, on voit la saillie osseuse suivre le mouvement imprimé.

On tente de réduire, mais le malade se sentant guéri d'un traumatisme grave, et pouvant se servir de son pouce, préfère rester comme il est et refuse de se soumettre à tout nouvel appareil.

## Observation XVIII

(Girard. — Thèse de Paris, 1885)

Charles C... tombe du haut d'une chaise sur laquelle il était monté. Cherchant à se retenir, la chute se faisant à la renverse, il étend le bras avec la main droite ouverte et frappe sa face palmaire contre un coin de meuble qui atteint l'éminence thénar. Le corps résistant sur lequel le malade est tombé a donc poussé en arrière le métacarpien. Au même moment le blessé ressent une vive douleur qui diminue peu à peu. Il y prête peu d'attention et ce n'est que le lendemain qu'il vient demander une consultation, n'ayant pu travailler dans la matinée qu'avec beaucoup de peine.

L'impotence fonctionnelle du pouce est assez marquée, la douleur est un peu vive spontanément ; cependant le malade tient le bras droit fléchi et le maintient avec la main gauche qui est saine.

A l'examen, on voit que le pouce est étendu sur le métacarpien, tout ce segment étendu est porté en opposition vis-à-vis des quatre doigts de la main droite, la face palmaire du pouce regardant incomplètement vers la face palmaire des autres doigts. A la vue on observe encore une saillie au niveau de l'extrémité postéro-externe de la deuxième rangée du carpe ; en avant, l'éminence thénar moins soutenue qu'à l'état normal présente d'abord une dépression légère surmontée d'une saillie qu'on ne distingue pas très bien dans ses détails, cachée et recouverte qu'elle est par le muscle ; en arrière, on

sent en suivant la face dorsale du premier métacarpien une saillie suivant l'axe de cet os et faisant corps avec lui et dont la forme est nettement celle de l'extrémité supérieure ; immédiatement au-dessous de cette saillie, dépression manifeste observée déjà à la vue. Lorsqu'on imprime un mouvement de rotation au métacarpien, suivant son axe longitudinal, on sent remuer la tête de l'os sous le doigt explorateur ; la saillie est peu volumineuse, le métacarpien très peu remonté, les tendons de la tabatière anatomique sont perçus sous la peau par la palpation et cette tabatière comblée en partie.

Réduction facilement obtenue en tirant sur le métacarpien pendant que de la main gauche on tient le poignet en même temps qu'on pousse en avant, avec le pouce de la même main, la tête du métacarpien. Comme appareil on met sur la face postérieure de l'articulation un petit tampon d'ouate par-dessus lequel on applique une petite attelle plongée elle-même au milieu d'une masse de coton. Le tout est serré par une bande.

## Observation XIX

(Rapportée par M. Watton, dans sa thèse en 1888)

P... N..., né à St-Etienne, âgé de 21 ans, raconte qu'il s'est déjà foulé le pouce gauche, qu'il a eu de l'enflure au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne, mais qu'il n'a jamais constaté la déformation qui existe aujourd'hui. Le repos et des compresses d'eau blanche avaient toujours raison de son entorse. Il se servait ensuite de son pouce comme par le passé.

Hier, en lavant sa voiture, le levier de la chèvre est venu frapper avec force le pouce gauche en arrière et en dehors. Le malade n'a pas entendu de craquement, mais a ressenti une douleur très vive au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne. On constate aujourd'hui un gonflement assez considérable au niveau de l'articulation.

Le métacarpien est en légère réflexion, un écartement notable existe entre les deux extrémités supérieures des deux premiers métacarpiens. En arrière et en dehors, on trouve la tête du métacarpien, le pouce regarde en dedans et est accolé à la face palmaire de l'index. M. le docteur Duchamp, par la simple pression sur la tête du métacarpien, réduit la luxation qui se reproduit aussitôt. Un appareil plâtré est appliqué après réduction sur la face postéro-externe.

## Observation XX

(Recueillie dans le service du Dr Magnien, chirurgien de l'hôtel-Dieu de Saint-Etienne, par M. Watton. Thèse citée, 1888.)

B. B... passementier, âge de 57 ans, se présente le 4 juin 1887 à la consultation gratuite du Dr Magnien. Le 31 mai en montant chez lui, il a fait une chute en avant, sa main droite étendue rencontre le bord d'une marche d'escalier. Douleur très vive aussitôt au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne. Il roule une dizaine de marches d'escalier. Blessure cutanée au front du côté gauche. Contusion de la hanche gauche. Pas de fracture.

Luxation trapézo-métacarpienne incomplète en arrière du pouce droit. Pas de luxation métacarpo-phalangienne. Le pouce est en légère flexion, il s'accole à l'index et regarde légèrement l'intérieur et la main par sa face palmaire. Il y a une légère rotation en dedans de l'extrémité inférieure.

A la face dorsale du pouce un peu d'enflure. Au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne, en arrière et en dehors, saillie anormale qui n'est autre que l'extrémité supérieure du 1er métacarpien. Entre les deux premiers métacarpiens, à leur partie supérieure seulement, on sent un écartement plus considérable. Le pouce paraît augmenté de longueur. Les mouvements de flexion sont limités, la force musculaire est diminuée, le malade ne peut rien soulever avec le pouce. Les mouvements provoqués d'extension sont très limités et douloureux ; les mouvements provoqués de flexion s'exécutent facilement, les premiers une douleur, et exagèrent la saillie dorso-externe. Pas de signes de fracture. Par la simple pression d'arrière en avant, on réduit la luxation et on éprouve la sensation très nette de deux surfaces glissant l'une sur l'autre avec un petit ressaut. Un corps résistant entouré de coton est appliqué au niveau de l'articulation pour maintenir la tête du métacarpien, pendant que des attelles sur la face palmaire et des bandes silicatées fixent le pouce en abduction.

## Observation XXI

(Communiquée par M. le professeur Poncet, de Lyon, et rapportée par M. Paul Watton, dans sa thèse, 1888.)

Luxation incomplète en arrière du premier métacarpien droit.

Il s'agit d'un paysan, âgé de 60 ans, entré à l'hôpital de la Croix-Rousse, dans le service de M. le professeur Poncet, pour un ulcère variqueux de la jambe gauche.

Il était porteur d'une luxation en arrière du premier métacarpien de la main droite. La lésion remontait à l'âge de 29 ans. Elle avait été produite par la chute d'une poutrelle sur le dos de la main qui soutenait alors une échelle.

Au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne, on constate une saillie notable formée par l'extrémité du métacarpien. Cette extrémité osseuse n'est le siège d'aucune déformation, elle est en quelque sorte à cheval sur le trapèze.

La difformité rappelle celle que l'on observe dans la luxation incomplète du pouce en arrière. Des tractions sur le pouce amènent aisément la réduction, mais le déplacement se reproduit aussitôt. Le malade dit à peine être incommodé par cette difformation. Il serrait cependant un peu moins fort avec le pouce droit qu'avec le pouce gauche.

Après l'accident, il vit un rhabilleur. Aucun bandage ne fut appliqué. M. Poncet s'abstint, bien entendu, de toute intervention.

## Observation XXII

(Arnal. — Thèse citée, 1905)

M. R...; 48 ans, se présente à la consultation de la Salpêtrière en novembre 1904.

Chute le 10 octobre de sa hauteur. Il se reçoit sur la main droite, le pouce en abduction portant le premier, il le sent tourner et perçoit un craquement; gonflement, douleur ; le malade veut recommencer à travailler, mais cela lui est impossible.

L'inspection montre un gonflement au niveau de l'éminence thénar et la saillie de la tête métacarpienne. A la palpation, on trouve l'éminence thénar tendue à sa base, son volume latéral est augmenté d'au moins un centimètre. Au niveau de la tabatière anatomique il existe une encoche, due à la saillie métacarpienne, haute d'un centimètre ; le métacarpien est dévié en arrière et en dehors et a subi une rotation faisant que la pulpe du pouce regarde légèrement en dedans. Pas de raccourcissement. Le tendon du long abducteur du pouce est soulevé par la saillie. Les mouvements sont gênés, surtout l'opposition qui, impossible avec les deux derniers doigts, est difficile avec les deux autres. L'abduction est très limitée. Le malade est atteint d'une anesthésie générale totale (sensorielle et sensitive).

*Radiographie.* — Sur la radiographie on ne constate pas immédiatement la luxation ; la base du métacarpien ne paraît pas faire une saillie plus grande que celle du

côté opposé, cependant on est frappé par la différence d'aspect des deux métacarpiens ; la base du métacarpien luxé apparaît deux fois plus épaisse que celle de l'autre, et ceci s'explique par un mouvement de torsion du pouce qui nous présente le métacarpien de profil, alors que du côté gauche nous le voyons de dos. Cette rotation est rendue manifeste par ce fait que les deux sésamoïdes sont visibles, alors que du côté sain on ne peut en voir qu'un. L'examen radiographique accuse donc une luxation incomplète, en arrière et en dehors, produite par la torsion du métacarpien ; on tente la réduction par traction et propulsion directe du métacarpien, on n'obtient aucun résultat ; on propose au malade l'arthrotomie, mais il refuse, s'en va et depuis n'a pas été revu.

## Observation XXIII

(Présentée par le Dr Jules Regnault, professeur d'anatomie à l'Ecole de médecine navale de Toulon, à la Société de chirurgie de Paris, au mois de mars 1912.)

Il s'agit d'un canonnier auxiliaire, âgé de 23 ans, envoyé à l'hôpital Saint-Mandrier en février 1911, avec le diagnostic quelque peu erroné de « luxation ancienne du pouce ».

Les choses se présentaient de la manière que voici :

Le pouce gauche est en adduction forcée et en opposition avec l'annulaire ; l'extrémité supérieure du premier métacarpien fait une saillie anormale assez volumineuse au niveau de la tabatière anatomique. La flexion active des deux phalanges est impossible, la flexion passive, quoique limitée, n'est pas douloureuse.

Le métacarpien a sa longueur normale et n'est pas déformé, les légers mouvements de rotation qu'on peut lui imprimer prouvent qu'il n'est pas fracturé, et qu'il n'y a pas ankylose de l'articulation carpo-métacarpienne. La palpation profonde à travers les tissus de l'éminence thénar révèle l'existence d'une légère saillie au niveau du trapèze. Il n'y a pas d'atrophie musculaire appréciable à l'œil au niveau des muscles de l'éminence thénar, mais la sensibilité à la piqûre est un peu diminuée sur toute la portion phalangienne du pouce et les sueurs sont plus abondantes dans le premier espace interosseux et sur tout le doigt lésé.

La luxation date de trois ans ; en janvier 1908, le malade a eu la main prise entre une échelle et une barrique de vin ; il éprouva, dit-il, au niveau du pouce une douleur si violente qu'il perdit connaissance pendant quelques minutes ; il se fit appliquer deux pansements résolutifs, et ne se présenta à un médecin qu'au bout de seize jours, quand il vit le gonflement gagner l'avant-bras. Il fut alors dirigé sur un hôpital, où la luxation aurait été réduite et maintenue par une petite attelle. Lorsque cet appareil fut enlevé, la luxation eut tendance à se reproduire.

A ces différents signes, M. Regnault a reconnu une luxation trapézo-métacarpienne, et la radiographie a démontré nettement qu'il s'agissait d'une luxation en arrière incomplète.

Malgré l'ancienneté de la lésion, M. Regnault propose d'essayer la réduction et l'obtient assez facilement en exerçant une traction sur le pouce porté en abduction et une pression sur l'extrémité supérieure du métacarpien. Il maintient la correction à l'aide d'un appareil plâtré

analogue à celui d'Hennequin pour la fracture du radius, très exactement modelé et appliqué sur les parties.

Au bout de 27 jours d'application, l'appareil est enlevé, la réduction persiste, mais ne paraît pas très stable encore ; à l'aide d'un bandage ouaté compressif, M. Regnault s'efforce de la maintenir. Mais, dix jours plus tard, on constate que la luxation s'est reproduite ; toutefois, le déplacement paraît un peu moins accentuée, le pouce s'oppose à l'index au lieu de s'opposer à l'annulaire.

Les choses en sont restées là, le malade s'étant refusé à toute nouvelle intervention.

## Observation XXIV

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 19 mars 1912)

M. Arrou rapporte un nouveau cas de luxation trapézo-métacarpienne présenté par M. Aglave.

L'homme atteint de luxation ne souffrait presque pas, se servait assez bien de son pouce, ne demandait en somme rien. Il parut inutile à M. Aglave d'appliquer un appareil, à cause de la récidive presque inévitable ; il eut l'idée d'inciser et de faire la capsulorraphie, mais il ne crut pas devoir le proposer au malade.

### B. — Luxations trapézo-métacarpiennes complètes en arrière.

#### Observation XXV

(Malgaigne. — Traité des fractures et luxations, 1847).

Un homme en sautant un fossé tombe sur le pouce de la main droite incliné en dedans. Il y a luxation complète. Le pouce est visiblement raccourci, le raccourcissement est d'environ 5 à 6 millimètres. Réduction. Guérison.

#### Observation XXVI

(Malgaigne. — Traité des fractures et luxations, 1847)

Luxation complète datant de plus de 20 ans. Les conséquences du déplacement non réduit ont été les suivantes :

L'extension et la flexion qui sont surtout l'œuvre des phalanges étaient satisfaisantes ; mais l'adduction et l'abduction dévolues au métacarpien étaient restées fort gênés. Ainsi, tandis que le pouce gauche (côté sain) s'écartait de l'index à angle de 100°, le pouce droit (côté malade) n'allait pas à 60°. Le mouvement d'abduction augmentait la saillie de l'os à la face dor-

sale; d'autre part, tandis que l'adduction amenait le pouce gauche au contact du petit doigt, le pouce droit (côté malade) atteignait à peine l'annulaire. La force de la main était aussi diminuée. Pour serrer, pour presser, pour soulever un fardeau, le malade était obligé de recourir à sa main gauche. Une forte pression avec la main droite ramenait même les douleurs dans l'articulation luxée. Les changements de temps amenaient aussi une certaine souffrance.

### Observation XXVII

(Malgaigne. — Traité des fractures et luxations. Cas de Gimelle, 1847)

Gimelle se luxe complètement le métacarpien en faisant une chute dans laquelle le pouce avait été fortement renversé en arrière. Il se réduisit immédiatement sa luxation sans difficulté en tirant simplement sur le pouce et un bandage roulé suffit pour la maintenir réduite.

### Observation XXVIII

(Bourguet. — *Revue méd. clin.*, 1853, t. XIV, p. 93)

L. D..., âgé de 26 ans, tonnelier, est admis à l'hôpital d'Aix, le 19 mars 1847, pour une affection blennorragique. Il présente en outre une luxation du premier métacarpien sur la face postérieure du trapèze, survenue, dit-

il, deux mois auparavant, à la suite d'une chute dans laquelle le doigt aurait été fortement renversé en arrière.

Le pouce est légèrement fléchi sur la paume de la main, il est un peu porté en avant et en dedans ; l'extrémité supérieure du premier métacarpien forme à la région dorsale une saillie de 12 à 15 millimètres, remplissant en grande partie le creux situé entre le long extenseur et le long abducteur du pouce et touchant presque à l'apophyse styloïde du radius. Les mouvements communiqués au pouce se transmettent à la tumeur ; du côté palmaire on observe un aplatissement très marqué des muscles de l'éminence thénar et un espace vide à la partie supérieure à la place que devait occuper le métacarpien. Les mouvements d'extension sont impossibles, ceux de flexion et d'opposition sont bornés et douloureux.

Le pouce présente un raccourcissement de 15 à 16 millimètres. Ce jeune homme rapporte que des tentatives de réduction ont été faites le lendemain même de l'accident par un médecin expérimenté et sont restées sans résultat. Nous procédons à notre tour à de nouveaux essais en les continuant avec persévérance et les variant de diverses manières, mais nous ne sommes pas plus heureux, et il sort de l'hôpital avec sa luxation.

## Observation XXIX

(Foucher. — *Bull. Soc. anat.*, 1856, 2e série, t. I, p. 6)

La main gauche d'un individu de 50 ans environ, mort dans le service de Bouillaud, présente des déformations considérables.

Le pouce est fléchi à angle droit dans son articulation métacarpo-phalangienne et immobile dans cette position.

Le pouce est soudé à angle droit dans son articulation trapézo-métacarpienne ; il est saillant vers la face palmaire, une dépression correspondante existe à sa face dorsale.

La dissection a montré que les muscles de l'éminence thénar sont rétractés, confondus et en grande partie fibreux. Le premier métacarpien repose par son extrémité supérieure sur la face dorsale du trapèze et soudé dans sa nouvelle position, de telle sorte que les légers mouvements qu'exécute le pouce ont lieu dans les articulations trapézo-trapézoïdienne et trapézo-scaphoïdienne. Il y a donc luxation complète en arrière et un peu en dedans du 1er métacarpien.

Nous relatons dans cette observation ce qui nous intéresse au point de vue de notre luxation.

### Observation XXX

(Guérin-Roze. — *Bull. Soc. anat.*, 1858, 2e série, t. III, p. 296.— Autopsie)

Une femme âgée de 55 ans entre à l'Hôtel-Dieu dans un état d'épuisement des plus graves. Tumeur blanche tibio-tarsienne gauche, abcès par congestion, suites d'ostéite des 2e et 3e vertèbres lombaires, phtisie avancée. Mort imminente.

Nous remarquons à la main gauche une luxation carpo-métacarpienne du pouce en arrière. Elle remonte à plusieurs années, consécutive à une chute sur le bord externe de la main. La malade n'a pas consulté.

Le premier métacarpien, rejeté en arrière, fait une saillie de 8 à 9 millimètres ; il occupe le creux de la tabatière anatomique et refoule légèrement en dedans le tendon du long extenseur du pouce qu'il soulève ; en avant il y a une saillie très manifeste du trapèze avec aplatissement de l'éminence thénar. Le raccourcissement est peu considérable, car le bord antérieur de l'extrémité inférieure du premier métacarpien est maintenu contre le bord postérieur de la surface articulaire correspondante du trapèze. Le pouce est presque droit, situé sur un plan postérieur à celui des autres doigts et à peine fléchi dans la paume de la main. Les mouvements de flexion et d'extension du pouce ont conservé leur intégrité ; il n'en est point de même des mouvements d'abduction et d'adduction qui sont limités.

La réduction qui s'obtient très facilement, d'une manière incomplète, ne se maintient pas un seul instant. A l'autopsie on trouve un déplacement complet du premier métacarpien sur le trapèze, le bord antérieur de l'extrémité inférieure du premier répondant au bord postérieur de la surface articulaire du second. La capsule est intacte, épaissie en quelques points, offrant même à sa partie interne un noyau cartilagineux contenu dans son épaisseur, elle est distendue et plus grande que normalement, de telle sorte que, tout en facilitant le déplacement, ce nouvel état s'oppose à la réduction, l'excès de logement venant l'interposer entre les surfaces articulaires.

L'articulation est enflammée, les extrémités osseuses injectées ont en partie perdu leur cartilage. De petites travées celluleuses rougeâtres faciles à rompre s'étendent d'une surface à l'autre dans la moitié interne de l'articulation. Plus organisées dans sa moitié externe,

ces adhérences sont remplacées par des tractus fibreux résistants qui limitent l'écartement des parties. Toujours interposées entre les surfaces articulaires, ces brides fibreuses forment le principal obstacle à la réduction qui devient impossible.

### Observation XXXI

(Pellerin. — Thèse citée, 1844)

L. Henri, marchand ambulant, âgé de 40 ans, entre le 21 avril 1864 à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Jarjavay.

Cet homme, d'une constitution robuste, a fait, il y a 15 jours, une chute de 7 pieds de hauteur sur le bord radial de la main, le premier métacarpien porté vers la paume de la main. Une vive douleur au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne s'est manifestée au moment de l'accident.

Peu de temps après, est survenu un gonflement considérable. Depuis cette époque, incapacité de travail. A son entrée à l'hôpital, le malade n'a pu nous dire si la conformation du pouce était normale. Voici, du reste, ce que l'observation permet de constater : pas de gonflement, tumeur osseuse très saillante occupant la tabatière anatomique et se continuant avec le premier métacarpien. Cet os est un peu oblique, son extrémité digitale est portée en dehors. La première phalange du pouce est fléchie sur le premier métacarpien et la seconde est dans l'extension.

L'éminence thénar est aplatie et déprimée à la partie supérieure où l'on sent la partie articulaire du trapèze. On constate un raccourcissement du pouce de 8 millimètres ; l'extensisn est impossible et les autres mouvements limités et douloureux. La réduction se fait facilement avec craquement par simple pression et le pouce reprend sa forme normale ; elle se reproduit du reste avec la même facilité quand on invite le malade à exécuter des mouvements.

La réduction est opérée et maintenue réduite par des bandelettes de diachylon qui sont maintenues elles-mêmes par des circulaires autour du poignet.

### Observation XXXII

(Carayon. — Thèse citée, 1872)

Le 17 août 1870, un blessé du nom de Michel, soldat au 10e de ligne, entrait dans une des ambulances du fort Moselle, à Metz, dans le service de notre ami et collègue de Ferri.

La veille, à la bataille de Gravelotte, il avait reçu à la nuque une balle qui avait fait une plaie en séton. Cet homme était porteur d'une tumeur qui siégeait au bord externe du poignet gauche, tumeur très douloureuse surtout si on imprimait des mouvements à la région. Cet homme nous raconte qu'étant en tirailleur et étant forcé de se porter en avant au pas de course dans un terrain rocailleux, il avait fait une chute et sa main étendue avait porté sur une pierre d'assez gros volume.

La douleur fut très vive sur le moment. Deux heures après, il reçut la blessure qui le força à quitter le combat. La tumeur est de la grosseur d'une noix, elle siège à la partie postéro-externe de la région carpienne; il y a de l'empâtement, de la dureté même à la pression profonde. L'éminence thénar, comparée à celle de la main droite, paraît aplatie, le pouce est fléchi vers la paume de la main, les mouvements d'extension ne se font plus et les mouvements communiqués en ce sens sont très douloureux, ils sont même limités, une main saisissant le poignet gauche et l'autre l'extrémité du pouce, si on cherche à redresser ce dernier on se sent vite arrêté comme par la rencontre de surfaces rudes et résistantes. Les mouvements de flexion ne paraissent pas gênés, ils sont moins douloureux que ceux d'extension. L'articulation radio-carpienne est libre.

Le 20, après une application suivie de compresses résolutives, la tumeur a diminué, l'empâtement a presque disparu et le diagnostic de luxation trapézo-métacarpienne peut être posé. On sent en effet à travers les téguments une saillie osseuse considérable participant à tous les mouvements communiqués au pouce. Cette saillie paraît se terminer brusquement en arrière et là se trouve une dépression que l'on sent assez nettement.

Si l'on mesure la distance comprise entre la saillie et l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce et l'apophyse styloïde du radius, on trouve une différence considérable en faveur de la main droite (non lésée), la douleur est moindre qu'au début, les mouvements ne sont ni plus faciles ni plus étendus.

On procède à la réduction; des tractions sont faites sur le pouce mis en position intermédiaire entre la flexion et l'extension et les deux pouces de l'opérateur viennent

presser d'arrière en avant sur la tête du métacarpien. La luxation réduite, on place une compresse graduée au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne, puis une attelle de bois, et on maintient le tout avec des bandelettes de diachylon passées autour de la main et du poignet.

Le 25, l'appareil est enlevé et remplacé par un appareil silicaté.

Nous avons revu cet homme près d'un mois et demi après que son appareil a été enlevé : il se sert de son pouce et la luxation n'a aucune tendance à se reproduire ; la force du pouce est revenu ce qu'elle était avant l'accident.

## Observation XXXIII

(Hamilton. — Traité des fractures et luxations. Traduction Poinsot, 1884)

Charles F..., à 27 ans, se luxa incomplètement le premier métacarpien en arrière en donnant un coup de poing. Il ne vit pas le chirurgien et, bien que l'os continuât à faire une saillie et que l'articulation fût assez lâche pour que le blessé pût réduire seul le déplacement, la gêne qui en résultait était minime. Au bout d'un certain temps les mouvements étaient aussi libres que de l'autre côté.

Un mois environ avant de me consulter, et 25 ans après le premier accident, le malade se tordit encore le pouce. Il était alors employé en qualité de machiniste et avait 53 ans.

A ce moment, la luxation était complète et le chevau-

chement mesurait 6 mm. ; le pouce était à peu près droit et son axe presque parallèle à celui des os de l'avant-bras, peut-être avec un léger degré de flexion. Je réduisis facilement le déplacement à l'aide d'une extension modérée et appliquai une attelle de gutta-percha.

Je n'ai pas revu le malade depuis et ne sait rien du résultat.

## Observation XXXIV

(Résumée)

(Salètes. — *Archives de médecine militaire*, 1885, t. VI, p. 436)

A la suite d'une chute sur la paume de la main, dans laquelle la main droite heurta la bordure de pierre d'une marche d'escalier, le malade ressent une douleur vive au niveau du poignet et ne peut plus faire aucun mouvement de flexion et d'extension ; rapidement un gonflement assez accentué apparaît.

A l'examen, on trouve un raccourcissement très prononcé dans la longueur du premier métacarpien et du pouce ; impossibilité dans les mouvements de l'articulation métacarpo-trapézienne ; le premier métacarpien est légèrement fléchi ; le pouce, contrairement à la flexion notée par les auteurs, présente une extension exagérée ; douleur vive, gonflement assez notable de la région lésée, saillie considérable, et facilement appréciable sous les doigts, de l'extrémité supérieure du premier métacarpien sur la face dorsale de la main, au-dessus du trapèze ; épanchement considérable de sang.

La luxation est facilement réduite par traction légère dans l'axe du segment de la main avec pression sur la tête luxée; bruit de réduction, disparition immédiate de la saillie osseuse, la douleur semble calmée. Pendant 9 jours on laisse la main dans un appareil contentif composé d'une planchette palmaire bien garnie de tampons d'ouate appuyant sur l'articulation.

Le malade s'en va guéri.

## Observation XXXV

Pierre G..., débardeur, âgé de 49 ans, voulait soulever un lourd fardeau au moyen d'un levier. Pendant la manœuvre, il est surpris par un accident fortuit et pousse de sa main, avec une violence brutale, sur l'extrémité du levier.

Aussitôt, il éprouva une violente douleur de la portion supérieure de l'éminence thénar avec irradiations pénibles et impuissance de toute la portion périphérique du membre. Il n'a senti, ni entendu aucun craquement. Cependant, il lève la main et la maintient pendant un certain temps aussi haut que possible au-dessus de sa tête et cette attitude le soulage. Puis il éprouve une sensation pénible de pesanteur qu'il calme par des applications de cataplasmes.

Le lendemain de l'accident, 16 août 1890, il se présente à la Maison de secours pour les blessés de l'industrie, où il est examiné par le professeur Guermonprez et le docteur Trichet. Il ne porte pas la main en écharpe, mais il la meut lentement, il remue les doigts

avec hésitation et dans une étendue très incomplète. Cependant, c'est sur la portion externe du poignet et sur les parties voisines que l'on observe la tuméfaction la plus importante ; on n'y trouve ni ecchymose, ni excoriation qui témoigne de l'action directe d'un instrument vulnérant.

Il est facile d'apprécier la chaleur locale dont le maximum répond un peu au-dessous de l'apophyse styloïde du radius. La palpation démontre que la seule portion sensible à la pression se trouve située profondément. Lorsqu'on la pratique méthodiquement, on discerne que la peau y est étrangère, ainsi que les tendons et les autres organes de la région anatomique, tandis que l'articulation trapézo-métacarpienne est très sensible dans tout son pourtour. Il est difficile de s'en rendre compte en avant et aussi en dehors, tandis que la palpation dorso-externe démontre non seulement la sensibilité, mais encore et surtout l'étendue du déplacement. On reconnaît sans peine le premier métacarpien d'une part, le trapèze d'autre part, et la comparaison des deux mains permet d'apprécier l'étendue du déplacement en dehors et en arrière du métacarpien sur le trapèze.

La réduction de la luxation s'effectue aisément dès qu'un mouvement communiqué vient en aide au mouvement d'extension avec abduction, c'est dans cette attitude intermédiaire entre l'abduction et l'adduction que sera maintenu le pouce. Elle est réalisée à l'aide d'un petit appareil plâtré comprenant le quart inférieur de l'avant-bras, le poignet et la portion métacarpienne de la main. Pendant les premiers jours, le malade éprouve une sensation pénible qui cesse d'elle-même à être désagréable.

L'appareil est renouvelé au bout de quinze jours, et enlevé un mois après. La réduction est obtenue ; ce n'est que dans les mouvements les plus exagérés que l'on observe encore un reste de déplacement. Peu à peu les mouvements de l'articulation gagnent en souplesse et en force : le massage et l'électrisation localisés des muscles externes de l'avant-bras achèvent la guérison. L'ouvrier peut reprendre son travail.

### Observation XXXVI

(Trouillet. — *Dauphiné médical*, 1894, p. 133)

Notre blessé reçoit le 4 février 1893 un choc relativement peu violent sur l'extrémité du pouce fléchi de la main droite. Immédiatement, il ressent une douleur excessivement vive au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne, avec irradiation le long du doigt jusqu'à son extrémité. Saillie anormale du métacarpien sur le trapèze. Impossibilité à peu près absolue des mouvements. Raccourcissement. Le diagnostic est simple ; la réduction est obtenue en pressant directement sur la saillie formée par le premier métacarpien déplacé, pendant que l'on exerce une légère traction sur le pouce. Un morceau de zinc entouré de coton, maintient en place l'extrémité métacarpienne. Le pouce est fixé en abduction par un bandage ouaté qui retient le zinc également en bonne situation ; au bout de huit jours, choc accidentel sur le doigt, la luxation se reproduit, la douleur intense se manifeste de nouveau. Nouvelle réduction,

immobilisation, cette fois dans un bandage silicaté. Au bout de 12 jours, ablation du bandage. Après une courte période de massage, le pouce et la main ont récupéré toute leur force. Bientôt le malade fait du gymnase et de l'escrime sans être le moins du monde incommodé.

## Observation XXXVII

(Arnal. — Thèse citée, 1905. Suture trapézo-métacarpienne)

M. L..., 28 ans, sculpteur, entre à l'hôpital Tenon, service de M. Lejars, fin juillet 1903.

Six mois auparavant, il a ressenti une violente douleur à la suite d'un choc, pourtant habituel chez lui, de l'éminence thénarienne droite sur le burin.

Une grosse saillie est apparue à la partie externe du dos de la main. La douleur, extrêmement vive, empêche tout mouvement. Un médecin voit la lésion et fait disparaître la saillie en tirant fortement sur le pouce; il applique ensuite un bandage contenant une attelle de bois, ce bandage est enlevé au bout de dix jours, et lorsque, quatre semaines après l'accident, le malade reprend son travail, les mouvements sont encore un peu gênés et douloureux; il évite d'abord de frapper de la même façon qu'autrefois sur son burin, mais cette habitude lui revient vite, et, au bout d'une huitaine de jours, la lésion reapparaît. On pose cette fois un appareil plâtré qu'on laisse trois semaines; lorsqu'on l'ôte, le malade semble guéri; mais ce n'est que temporaire, la lésion se reproduit au cours de son

travail. M. René Lemaitre pratique la suture trapézo-métacarpienne, et trouve la partie postérieure de la capsule complètement détruite. Le malade sort guéri au bout de trois semaines. Tous les mouvements du pouce sont parfaits.

## Observation XXXVIII

(Arnal. — Thèse citée, 1905. Suture trapézo-métacarpienne)

M. H..., 38 ans, sculpteur, vient à la consultation de l'hospice d'Ivry, service de M. Rochard.

Trois mois auparavant, en frappant sur le burin avec l'éminence thénar droite, il ressentit une violente douleur et vit apparaître une saillie au niveau de la tabatière anatomique; il ne put continuer son travail. Un médecin examina la lésion, réduisit la saillie osseuse, et appliqua un plâtré ; quinze jours après, l'appareil fut enlevé et, au bout d'une semaine, le malade n'éprouvant plus qu'une gêne insignifiante, reprit ses travaux; le jour même et toujours par la même cause, récidive de la lésion. Le même traitement fut à nouveau appliqué, mais cette fois-ci sans résultat, car depuis l'enlèvement de l'appareil, le moindre choc, la moindre pression font apparaître la saillie osseuse qui aurait manifestement augmenté de volume. Il y a une gêne fonctionnelle très prononcée ; c'est ce qui amène le malade à l'hôpital. Il présente au niveau de la tabatière anatomique une saillie osseuse considérable qui fait nettement partie du métacarpien ; à part l'extension, tous les mouvements sont possibles,

quoique limités ; c'est à peine s'ils occasionnent une légère douleur. Il y a dépression accusée et l'éminence thénar et la mensuration de l'espace séparant la styloïde radiale de l'extrémité du pouce, montre un raccourcissement d'un demi-centimètre que l'on augmente légèrement en repoussant le métacarpien en haut. Il s'agit manifestement d'une luxation trapézo-métacarpienne postérieure complète. Une simple pression sur l'extrémité métacarpienne réduit la luxation, mais le malade en déprimant son éminence thénar l'a fait vite réapparaître.

Appliquer un troisième plâtré paraît inutile, car, en admettant qu'on puisse obtenir une guérison momentanée, il semble évident que la cause de la lésion et de sa première récidive ne se fera pas faute de la reproduire encore. C'est alors qu'on songe à l'intervention chirurgicale ; elle est pratiquée par M. René Lemaire, le 26 novembre. Il trouve une capsule intacte, mais très lâche ; à l'ouverture de l'article, une petite quantité de liquide s'écoule ; les surfaces articulaires étant grattées et un point de suture trapézo-métacarpienne posé, on recout la peau et un pansement est appliqué. Les fils sont enlevés le huitième jour. Un mois après l'opération, le malade, qui a conservé seulement une gêne très légère de l'opposition, reprend son travail ; les chocs répétés sur le burin n'amènent aucune douleur.

## CONCLUSIONS

I. — L'articulation trapézo-métacarpienne est le type parfait des articulations par emboîtement réciproque.

II. — La luxation de cette articulation est rare : il n'y a jusqu'à ce jour, dans la littérature médicale, que 38 cas relatés.

III. — Elle est la plupart du temps incomplète et se fait presque toujours en arrière.

IV. — Le diagnostic en est aisé : la radiographie pourra venir en aide dans certains cas douteux ; le pronostic est favorable.

V. — La réduction en est facile, un appareil plâtré ou tout autre appareil de contention suffira à en réaliser le maintien et aboutir dans la majorité des cas à la guérison.

VI. — Seules les luxations complètes, et de ce fait toujours récidivantes, seront justiciables d'un traitement opératoire.

# BIBLIOGRAPHIE


Andrews Edm. — Encyclop. interne de Chirurgie, Paris, 1885.

Annequin. — Dauphiné médical, 1894, p. 136.

Arnal. — Thèse de Paris, 1905.

Bart-Kiewicz. — Semaine médicale, p. 343, 1908.

Beatson. — Brit. medical Journal, mai 1900.

Beguin. — Nouveaux éléments de chirurgie et de médecine opératoire, Paris, 1838.

Bérard. — Gazette des hôpitaux, Paris, 1845, p. 242.

Bennet. — Brit. medical Journal, juillet 1886.

Blum (A.). — Chirurgie de la main, Paris, 1882.

Boyer-Baron. — Traité des maladies chirurgicales, IVe édition, Paris, 1831.

Boyer-Citoyen. — (Leçons du). Sur les maladies des os rédigées par Auth Richerand, Paris, an XI, 1803.

Burk. — Semaine médicale, p. 343, 1908.

Bourguet. — Revue médico-chirurgicale, t. XVI, p. 93, 1853.

Cahier. — Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet, t. III, p. 215.

Carayon. — Thèse de Paris, 1872.

Carette. — Thèse de Paris, 1894.

Chancel. — Thèse de Paris, 1904.

Cooper (A.). — Traduction de Chassaignac et Richelot, Paris, 1857.

Cooper (Samuel). — Dictionnaire de chirurgie pratique, Paris, 1826.

Demarquay. — Bulletin de la Société de chirurgie, Paris, 1851-52.

Du Verney. — Traité des maladies des os, 1751.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Follin (E.) et Duplay. — Pathologie externe, Paris, 1869.

Foucher. — Diagnostic des maladies chirurgicales, 1866-1869 (Bull. Société anatomique, 2e série, t. III, 1856).

Gilette. — Clinique chirurgicale des hôpitaux de Paris, 1877, p. 38.

Girard. — Thèse de Paris, 1885.

Guérin-Roze. — Bulletin Société anatomique, 2e série, t. III, p. 266, 1858.

Gosselin. — Leçons cliniques, 12 mars 1870.

Hamilton. — Fractures et luxation. Trad. Poinsot, 1884.

Koenig (Frantz). — Traduction de Comte, Paris, 1890.

Le Dentu et Delbet. — Article Main (Dictionnaire de médecine et de chirurgie. Traité de chirurgie).

Malgaigne. — Traité des fractures et luxations, Paris, 1855.

Manne. — Traité élémentaire des maladies des os, Toulon, 1789.

Michon. — Bulletin Société de chirurgie, Paris, 1848.

Meles (Al.). — The Edinburgh medical Journal, avril 1904.

Nélaton. — Eléments de pathologie chirurgicale, Paris, 1874.

Pellerin. — Thèse de Paris, 1864.

Petit (J.-L.). — Traité des maladies des os, 1872.

Poirier. — Anatomie descriptive.

Polaillon. — Art. Main (Dictionnaire de médecine et de chirurgie).

Pritchard. — Brit. medical Journal, juin 1900.

Regnault. — Bulletin Société de chirurgie, 19 mars 1912.

Rose (W.). — Chirurgie anatomique (2e édit. française, Paris, 1872).

Saurel (L.). — Traité de chirurgie navale, Paris, 1861.

Soubeyran. — La luxation trapézo-métacarpienne (observations) (Revue d'orthopédie, 1912).

Testut. — Anatomie descriptive.

Tillaux. — Chirurgie clinique, Paris, 1891.

Verduc-Laurent.— La manière de guérir par le moyen de bandage fractures et luxations qui arrivent au corps humain.

---

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 6 mai 1912.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 3 mai 1912.
Le Doyen,
MAIRET.

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!*